

fortifiant, les boissons ferrugineuses conviennent à celles qui sont faibles et languissantes, jusqu'à ce que l'accouchement vienne mettre fin à cette maladie. Nous avons dit que, lorsqu'elle est très prononcée, ce terme ne se fait pas attendre très longtemps. Le petit nombre de cas dans lesquels on a pratiqué la ponction de l'utérus semble faire croire qu'il n'est pas toujours prudent d'attendre les efforts de la nature, et que la vie de la femme peut être en danger avant ce moment. Si des cas semblables se présentaient, on ne devrait pas, comme on l'a fait plusieurs fois, pratiquer la ponction de l'utérus à travers la paroi abdominale, comme dans l'ascite, ni à travers le vagin; cette opération doit être remplacée par la perforation des membranes à travers le col. On n'a pas en général à se préoccuper du fœtus, qui est presque toujours mort dans ces cas extrêmes; d'ailleurs, s'il était vivant et qu'il eût atteint l'âge de viabilité, on se trouverait dans les conditions où l'accouchement prématuré artificiel est légitime.

42. ALTÉRATIONS DIVERSES DU LIQUIDE AMNIOTIQUE. — Il n'est pas ici question des changements qu'il subit après la mort du fœtus. On trouve quelquefois ce liquide trouble, très fétide, sans que la santé du fœtus paraisse en avoir souffert. Nous avons déjà vu que la plupart des substances étrangères qui sont dans le sang de la mère peuvent passer non seulement dans le fœtus, mais encore dans l'eau de l'amnios. Il en est de même des substances volatiles répandues dans l'atmosphère. Dans un cas qui s'est rencontré à la clinique d'accouchement de Strasbourg, un fœtus vivant et à terme fut expulsé avec une grande quantité de liquide amniotique; au même instant il se répandit dans toute la salle une odeur insupportable de tabac en putréfaction: on apprit seulement alors que la femme travaillait dans une manufacture de tabac. L'eau de l'amnios peut contracter des propriétés irritantes. M. Naegelé cite un cas où elle a déterminé une sorte de macération de l'épiderme, qui s'enlevait par le plus léger contact; l'enfant était faible; mais au bout de quinze jours, après la chute de tout l'épiderme, il jouissait d'une santé parfaite.

#### SECTION V. — Maladies du fœtus dans l'utérus.

Il existe une grande classe de maladies dont l'origine obscure remonte à la formation et au développement des parties du fœtus: ce sont les monstruosité ou vices de conformation, que nous n'ex-

poserons pas ici, parce que nous devons en présenter un tableau en traitant des affections des nouveaux-nés, afin de faire connaître celles de ces monstruosité qui sont compatibles ou non avec la vie extra-utérine, et afin d'établir les indications de celles qui réclament immédiatement l'intervention de l'art, pour que les nouvelles fonctions pussent s'établir. Nous nous bornerons à dire, pour ce qui concerne les considérations générales que nous avons à présenter dans cette section, que les vices de conformation profonds, tout en étant compatibles avec la jouissance de la vie intra-utérine, pendant toutes ses phases, exposent cependant davantage le fœtus à succomber dans l'utérus à mesure qu'il approche de sa maturité, et qu'ils sont assez souvent une cause d'avortement et d'accouchement prématuré.

1. Le fœtus, renfermé dans le sein de sa mère, est déjà exposé à la plupart des maladies qu'on observe après la naissance et dans tout le cours de la vie; mais on se ferait une fausse idée, si on supposait qu'elles sont également fréquentes. Ne rappelant que celles qui ont été observées, nous allons voir que non seulement un grand nombre de maladies particulières, mais des classes tout entières manquent; toutefois cette absence ne doit pas être considérée comme définitive. Jusqu'à présent, les recherches qui ont eu pour objet les maladies et l'anatomie pathologique du fœtus ne sont pas très nombreuses et n'ont pas été poursuivies avec tout le soin qu'elles méritent. Depuis qu'on y porte plus d'attention, des faits nouveaux assez nombreux ont été mis en évidence; il est vraisemblable qu'avec le temps le fœtus fournira des exemples de maladies à presque toutes les divisions du cadre nosologique. Mais on tomberait dans une grave erreur si l'on croyait devoir trouver ordinairement sur un fœtus qui a succombé pendant la grossesse la cause matérielle de sa mort dans quelques uns de ses organes; le plus souvent, malgré les recherches les plus minutieuses, on ne trouve rien d'apparent, et la lésion se soustrait à nos moyens d'investigation. Lorsque j'étais à la Maternité, j'ai examiné avec le plus grand soin les organes de tous les fœtus qui ont succombé pendant la grossesse, et ce n'est que sur le plus petit nombre que j'ai pu trouver, soit dans l'état morbide de la mère, soit dans les altérations du délivre ou du fœtus la cause de la mort. Ce qui est une règle générale pour les autres âges, si on excepte les névroses et quelques maladies particulières où l'on ne trouve aucune lésion après la mort, devient presque une exception pour le fœtus. Ainsi les altérations que je vais mentionner sont loin d'être en rapport de fréquence avec la mort du fœtus dans l'utérus. Nous nous bor-

nerons à de simples considérations générales pour tous les points qui n'offrent rien de spécial.

Les causes de ces maladies restent souvent aussi obscures que celles des vices de conformation. Il n'y a guère que celles qui agissent primitivement sur la mère qui puissent être reconnues. Certaines maladies, dont la mère est actuellement atteinte, peuvent se transmettre au fœtus : telles sont celles qui dépendent d'un principe contagieux évident, d'infection générale. La disposition héréditaire est quelquefois tellement prononcée, que ses effets se montrent déjà sur l'enfant avant qu'il soit arrivé à jouir de la vie extra-utérine.

1° Le fœtus dans l'utérus n'est pas complètement à l'abri des lésions physiques. On connaît plusieurs cas dans lesquels il a été atteint par des instruments vulnérants qui ont intéressé les parois du ventre et la matrice. On a vu quelquefois qu'un choc violent sur l'abdomen, sans solution de continuité, a déterminé la mort du fœtus, des contusions profondes, des ecchymoses, des plaies et même des fractures.

2° On a observé des traces d'inflammation sur les divers organes du fœtus. Les plèvres et le péritoine y paraissent particulièrement prédisposés. Plusieurs observateurs ont signalé la présence de pseudo-membranes, d'adhérences et d'épanchement séro-purulent dans leurs cavités. M. Véron a communiqué à l'Académie de médecine deux observations, l'une de pleurésie et l'autre de péritonite aiguë. Dans un autre cas observé par M. Véron, il existait une inflammation du thymus avec formation de pus dans l'intérieur de cet organe. J'ai rencontré moi-même, en 1837, deux cas de péritonite, un de pleurésie. M. Ducrest m'a communiqué depuis plusieurs observations de ces maladies.

On a publié un assez grand nombre d'observations d'inflammation du poumon; mais comme ces pneumonies ne s'étendent guère au-delà du premier degré, il est difficile de les distinguer de l'engouement avec lequel elles ont été plus d'une fois confondues. On a observé sur le canal intestinal les diverses formes d'entérite; on a signalé dans ces derniers temps quelques cas dans lesquels on a trouvé tous les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde. M. Charcelay en a publié récemment un exemple très remarquable. La surface de la peau est quelquefois le siège d'inflammation et même d'ulcération : c'est par elles que s'expliquent quelques unes des adhérences qu'on rencontre entre une région du fœtus et la membrane amniotique ou la surface fœtale du placenta. Il n'est pas extrêmement rare de trouver à la naissance

des rougeurs érythémateuses, des phlyctènes, des pustules, sur quelques points de la surface de la peau.

3° Le fœtus est déjà exposé aux fièvres éruptives. L'existence de la variole avant la naissance est un fait constaté par un grand nombre d'observations. On a vu des enfants naître prématurément ou à terme, vivants ou morts, avec les caractères récents de l'éruption, les mères étant affectées de la même maladie. On a parlé d'enfants qui ont présenté des traces de cicatrices varioliques, d'autres qui ont été affectés de la même maladie sans que la mère en fût atteinte. On peut répéter pour la rougeole et la scarlatine ce qui vient d'être dit pour la variole; mais ces dernières affections sont moins fréquentes. Il n'est pas certain qu'on n'ait pas pris pour telles, des rougeurs de diverse nature. J'ai vu à la Maternité un enfant né avant terme qui présentait sur presque toute la surface de la peau, d'une manière bien tranchée, les caractères de la rougeole dont la mère était atteinte : il mourut peu d'instants après la naissance.

Les femmes enceintes affectées de syphilis constitutionnelle peuvent la transmettre au fœtus par voie d'infection générale. Cette transmission est un fait tellement vulgaire, qu'il est inutile d'y insister. Les symptômes syphilitiques qu'on observe le plus souvent sur le fœtus sont des pustules plates, qui ont leur siège sur la peau et à l'origine des muqueuses. Il est beaucoup moins ordinaire de rencontrer d'autres symptômes. Il n'est pas très rare de trouver des femmes infectées de la syphilis avorter ou accoucher prématurément de fœtus morts, sur lesquels on ne trouve pas de traces de la maladie, et avoir ensuite des grossesses régulières, si un traitement convenable a été administré dans l'intervalle. Je dois ajouter qu'il s'en faut de beaucoup que l'infection syphilitique de la mère ait pour effet ordinaire l'infection ou la mort du fœtus. Comparativement au grand nombre des femmes enceintes qui offrent des symptômes de maladie vénérienne, le nombre des fœtus qui en sont atteints au terme de la gestation est réellement très petit; mais ils n'en sont pas toujours exempts pour cela; il n'est pas rare de la voir se déclarer peu de temps après la naissance.

4° On voit quelquefois se transmettre de la mère au fœtus des affections qui n'ont rien de contagieux. Les mouvements convulsifs dont les femmes enceintes sont fréquemment atteintes peuvent se répéter chez le fœtus, et s'il ne succombe pas dans le sein de la mère, on les voit quelquefois se reproduire après la naissance. Les mouvements convulsifs du fœtus peuvent exister isolément, sans être liés avec un état semblable de la mère, qui dans ce cas peut souvent rendre compte de l'agi-

tation désordonnée du fœtus. Cette agitation peut d'ailleurs être reconnue par la vue et par le toucher. Si les mouvements convulsifs sont fréquemment répétés, ils amènent ordinairement la mort du fœtus ou un accouchement prématuré. Lorsqu'ils se terminent par la mort, on ne trouve ordinairement aucune lésion apparente dans les centres nerveux.

5° Les fièvres intermittentes paraissent pouvoir atteindre à la fois la mère et le fœtus. Les faits sur lesquels s'appuie cette assertion sont peu nombreux, mais ils paraissent concluants. Schurig rapporte qu'une femme enceinte pour la troisième fois fut prise dans le second mois de sa grossesse d'une fièvre quarte très rebelle; dans le dernier mois, avant ou après le paroxysme, elle sentait le fœtus s'agiter, trembloter, se rouler manifestement d'un côté à l'autre. Enfin, après un fort paroxysme, elle accoucha d'une fille qui, à la même heure que sa mère, était prise d'accès de fièvre très forts, qu'elle supporta pendant sept semaines. Hoffmann et Russel ont été témoins de faits semblables.

6° Plusieurs observateurs ont vu des femmes atteintes d'ictère donner le jour à des enfants dont la peau et plusieurs autres organes présentaient la même coloration que celle de la mère. Désormeaux a reçu un enfant à terme, faible et maigre, qui avait la peau d'une couleur jaune-verdâtre, comme celle d'un jaune d'œuf durci. L'eau de l'amnios était fortement teinte de la même couleur, et la communiquait aux linges avec lesquels elle était en contact. Cet enfant reprit au bout de quelque temps sa couleur naturelle et une bonne santé. Lobstein a décrit, sous le nom de cyrronose, une altération pathologique du fœtus dans laquelle les membranes séreuses, encore transparentes, sont teintes d'une belle couleur de jaune doré. Cette coloration s'étend quelquefois à d'autres organes et en particulier aux centres nerveux.

7° C'est la classe des hydropisies qui fournit le plus grand nombre des maladies qui atteignent l'enfant dans le sein de sa mère. L'hydrocéphale, l'hydrorachis, l'hydrothorax, l'ascite, sont des affections assez communes. On trouve déjà quelquefois des kystes séreux dans divers organes. Les causes de ces lésions restent complètement ignorées. On trouve cependant quelquefois dans l'état général de la femme des conditions qui peuvent, jusqu'à un certain point, en rendre compte. Hoffmann a observé qu'après un été extraordinairement humide dans des pays plats, il naissait beaucoup de cochons atteints d'hydrocéphale ou d'autres anomalies, et de chevaux aveugles, portant les traces manifestes d'ophtalmies qu'ils avaient éprouvées dans la matrice.

8° On a trouvé assez souvent des tubercules dans les poumons,

le mésentère et même dans d'autres organes. Il est beaucoup plus rare de rencontrer des masses qui présentent d'une manière évidente les caractères du squirrhe ou de l'encéphaloïde.

9° On a constaté chez des enfants nouveau-nés des calculs vésicaux qui n'avaient pu se former que pendant la gestation. F. Hoffmann a trouvé sur un enfant qui éprouvait de vives douleurs en urinant et qui mourut trois semaines après sa naissance, un calcul dans la vessie, du volume d'un gros noyau de pêche; la mère était affectée de douleurs néphrétiques et de calculs rénaux.

10° Il paraît certain que des entozoaires peuvent se développer pendant la vie fœtale. J. Doléans parle d'un fœtus mort en naissant, dans les intestins duquel il trouva un peloton de vers qui semblaient appartenir à des ascarides lombricoïdes. C. Schroeter rapporte un fait semblable. Au dire de Bresmer, on aurait rencontré quelquefois des ténias chez le nouveau-né et même chez le fœtus.

11° *Fractures spontanées.* Malebranche a écrit qu'on voyait de son temps aux Incurables un jeune homme qui était né fou, dont tout le corps était rompu aux mêmes endroits où l'on rompt les criminels. Il a attribué la cause de cet accident à l'imagination de la mère qui avait assisté à l'exécution d'un criminel condamné à être rompu. N. Hartzocker, W. G. Muys rapportent chacun un fait semblable; mais comme ils ne les avaient pas observés eux-mêmes et qu'ils ne leur étaient arrivés que par une tradition populaire, dont ils portent les caractères, on les a généralement considérés comme erronés. Il est évident qu'ils sont dépourvus de caractères scientifiques suffisants pour attester même le fait principal, savoir : la fracture des membres dans le sein de la mère. Mais, si on fait abstraction de l'explication, on hésitera à les rejeter d'une manière absolue, en lisant le fait suivant : Amand, appelé par son confrère Biget, dans la nuit du 10 octobre 1694, pour une dame enceinte de quatre à cinq mois, qui faisait une fausse couche d'un enfant mort, furent surpris du triste état dans lequel il leur parut. « Nous trouvâmes, dit Amand, qui rapporte le fait, qu'aux parties moyennes, c'est-à-dire au milieu des avant-bras, des cuisses et des jambes, il y avait des impressions entièrement semblables à celles que fait la barre de fer sur les membres d'un patient auquel on fait subir le supplice de la roue; dans ces endroits, les parties de ce fœtus avaient du mouvement comme dans les autres articles naturels des bras, des cuisses et des jambes. Les os étaient distinctement séparés, de même que si on les avait rompus à dessein, et ils n'étaient joints que par la

peau. » Chaussier a vu, en 1803, à l'hospice de la Maternité, un enfant qui vint au monde après un accouchement prompt et facile sans qu'aucune violence eût été exercée sur lui, et qui avait quarante-trois fractures, tant au crâne que sur d'autres parties du squelette. De ces fractures les unes étaient récentes, les autres présentaient un commencement de cal, quelques unes étaient complètement consolidées. Le même observateur a recueilli un fait encore plus extraordinaire. Le fœtus qui en fait le sujet fut expulsé après un travail extrêmement court et facile; né faible et d'une couleur bleuâtre, il ne tarda pas à succomber; cet enfant fixa surtout l'attention par son extrême brièveté et une mobilité insolite dans la continuité des os. Chaussier constata sur le squelette cent treize fractures, réparties sur les différents os du crâne, de la poitrine et des membres. Les causes de cette singulière lésion du système osseux sont complètement ignorées.

12° *Amputation complète ou incomplète des membres.* Parmi les observations de vices de conformation par défaut de développement, on a depuis longtemps cité des enfants, nés à des époques variables de la grossesse, privés d'une partie ou d'un segment de membre dont l'extrémité présentait l'aspect d'un moignon au centre duquel existait une cicatrice. Chaussier a observé trois fœtus privés de la main et d'une portion de l'avant-bras. Dans l'un de ces cas, on trouva sur la face fœtale du placenta un petit cylindre osseux qu'on reconnut être une portion du radius. Le moignon, en voie de cicatrisation, était recouvert à son centre de bourgeons charnus. M. Watkinson, appelé en 1824 auprès d'une femme enceinte pour la première fois, et dont la grossesse n'avait rien offert de particulier, reçut un enfant né prématurément, qui succomba vingt minutes après sa naissance. La jambe gauche de cet enfant semblait avoir été amputée à peu de distance au-dessus des malléoles. Il trouva dans le vagin le pied, qui était plus petit que l'autre, mais qui ne présentait d'ailleurs aucune trace de gangrène, et aucune altération de couleur et de consistance; les deux surfaces, celle qui correspondait au pied, aussi bien que celle qui correspondait à la jambe, étaient presque cicatrisées; l'une et l'autre offraient deux petites saillies formées par les extrémités des os. M. Montgomery, dans un travail sur ce sujet, rapporte deux faits à peu près semblables aux précédents; les pieds détachés furent expulsés avant le fœtus; sur l'un la cicatrice était complète, et très avancée sur l'autre. Il existe d'autres faits qui semblent n'être qu'un degré moins avancé de la même maladie, et qui paraissent très propres à mettre sur la voie de la cause de ces séparations des membres. M. Montgomery a vu en 1829, sur un

fœtus de cinq mois, des brides, qui, après avoir entouré séparément la partie moyenne des deux mains imparfaitement développées, se portaient ensuite l'une et l'autre autour des deux jambes, qu'elles avaient étreintes ensemble au-dessus des malléoles; cette construction était telle, qu'elle avait creusé un sillon comprenant au moins les deux tiers de l'épaisseur des jambes. M. Zagorsky a publié en 1834, dans les *Mémoires de l'Académie impériale des Sciences* de Saint-Petersbourg, l'observation d'un fœtus de cinq mois qui n'avait point de jambe droite, et dont la cuisse se terminait par un moignon arrondi, cicatrisé, et au centre duquel existait une petite saillie; de ce point partait un filament délié qui se portait en travers à l'autre jambe, l'entourait à l'instar d'une ligature serrée, au-dessus des malléoles, et y avait produit un sillon profond. Au-dessous de ce filament transversal était suspendu un petit corps ovalaire, qui n'était autre chose que le pied, développé comme sur un fœtus de deux à trois mois. Dans trois cas, on a observé sur les membres de fœtus de trois mois, sous des strictions du cordon, des dépressions circulaires profondes, qui allaient jusqu'aux os, mais sans ulcération et sans division de la peau. Il existe d'autres faits où l'on voit des sillons profonds autour des membres sans qu'on retrouve le lien constricteur, s'il a existé. La plupart des cas qui se rapportent à cette affection, sont consignés dans le tome 24 du *Dictionnaire de médecine*. Béclard a publié en 1817, dans le *Bulletin de la Faculté*, l'observation d'un fœtus qui avait sur la jambe gauche une dépression circulaire pénétrant jusqu'aux os, et paraissant être le résultat d'une ligature serrée autour du membre. M. Montgomery cite un fœtus de huit mois, mort-né, qui présentait sur la jambe gauche, au-dessous des malléoles, un sillon tellement profond que la peau et les os étaient seuls restés intacts, quoique aucun lien n'existât autour du membre. Malgré la liaison que ces faits semblent avoir entre eux, il n'est pas complètement démontré que les dépressions circulaires plus ou moins profondes ne soient que les premiers degrés d'une lésion qui peut aller jusqu'à séparer le membre en deux. Cependant cette explication, qui a été donnée par M. Montgomery, paraît très plausible, puisque, dans deux cas, on voit sur le siège de la séparation des brides qui semblent avoir été les agents constricteurs. Mais ces brides ne pourraient bien elles-mêmes n'être que les effets consécutifs de la cicatrisation, comme on en voit à la région lombaire dans quelques cas de spina-bifida très étendu; il est difficile de concevoir que des brides formées par des exsudations membraneuses, et même par des adhérences avec divers points de l'amnios, soient capables de

couper par étranglement les membres de fœtus même très jeunes. Quant au cordon ombilical, il est certain qu'il produit dans quelques cas, non seulement sur les membres, mais encore sur d'autres parties, des dépressions assez profondes, sans que la circulation soit interrompue dans son cours, au moins pour un temps, et il est vraisemblable qu'il est l'agent de ces dépressions circulaires, sans division de la peau, bien qu'on ne l'ait pas trouvé au fond du sillon dans quelques uns des cas observés; et s'il peut produire un sillon, profond sans que la circulation fœto-placentaire soit compromise, on conçoit qu'une compression prolongée puisse aller jusqu'à l'amputation des membres, sans que le fœtus cesse de vivre. Quoiqu'on ne puisse pas admettre avec Chaussier que ces séparations d'une partie d'un membre sont le résultat de la gangrène, il n'est pas possible d'affirmer qu'elles soient dans tous les cas le résultat mécanique d'un agent constricteur; elles peuvent dépendre d'une lésion locale profonde et du resserrement que produit sur la peau un travail de cicatrisation étendue.

2. Il est à peine nécessaire d'ajouter que, quel que soit le genre de lésions dont le fœtus est affecté pendant la vie intra-utérine, elles restent méconnues jusqu'à la naissance ou jusqu'à ce qu'il ait cessé de vivre. Si on en excepte les mouvements convulsifs, tous les troubles fonctionnels que le fœtus malade éprouve dans le sein de sa mère, même à une époque avancée de la grossesse, ne peuvent pas être constatés, ou seulement d'une manière très incomplète. Cependant les mouvements spontanés peuvent donner quelques renseignements sur le bon ou mauvais état de sa santé: souvent, lorsqu'il souffre, ou que sa vie est menacée, tantôt il éprouve une activité insolite et une espèce d'agitation, après laquelle il cesse définitivement de remuer; tantôt c'est le contraire qu'on observe, les mouvements deviennent plus lents, plus faibles, et ne se font sentir qu'à des intervalles éloignés: ces deux états peuvent se succéder. Mais les nombreuses particularités que nous avons signalées dans les mouvements du fœtus font perdre à ces signes une partie de leur importance. L'accélération, le ralentissement et l'affaiblissement, et les autres troubles de la circulation peuvent être constatés jusqu'à un certain point par l'auscultation, pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse; mais il se présente des difficultés variées, qui sont souvent surmontables; la vitesse de la circulation variant dans des limites fort étendues, ce n'est que lorsque la vitesse ou le ralentissement sont très considérables qu'ils indiquent qu'il y a trouble de la circulation: la force ou la faiblesse que l'on perçoit est le plus souvent relative au rapprochement et à l'éloignement de la poitrine du fœtus, circonstances qui

dépendent des situations extrêmement variées qu'il peut prendre dans la cavité de l'utérus. A moins que la cause de la souffrance du fœtus ne dépende de la mère, celle-ci ne présente pas de phénomènes particuliers. Dans le cas contraire, ce n'est qu'après la mort du fœtus qu'ils se manifestent. On voit ordinairement les phénomènes sympathiques de la grossesse cesser, et quelque vagues que soient les renseignements qu'on peut en tirer, ce sont presque les seuls qui puissent, pendant la première moitié de la grossesse, faire soupçonner que le fœtus a cessé de vivre. Il survient assez souvent un peu d'accablement, de la faiblesse et des urines plus abondantes; il n'est pas rare de voir survenir une légère diarrhée.

Lorsque la grossesse a dépassé le terme de cinq mois, il survient ordinairement une véritable fièvre de lait, mais peu intense, deux ou trois jours après la mort du fœtus. Les mamelles, qui s'étaient d'abord affaissées, se gonflent et sécrètent une petite quantité de lait. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, elles s'affaissent de nouveau, et si la mort du fœtus ne dépend pas d'un état morbide aigu de la mère, la santé de celle-ci n'éprouve pas de changements, quoique le fœtus continue à rester encore quelque temps dans la matrice. Mais nous n'avons pas à revenir ici sur le diagnostic de la grossesse après la mort du fœtus; il a été établi, page 231, avec tous les détails qu'il exige.

Les conséquences des maladies graves, des altérations profondes, survenues au fœtus pendant la vie intra-utérine sont ordinairement sa mort et son expulsion prématurée; lorsqu'il naît vivant soit avant terme, soit à terme, il succombe presque toujours peu de temps après sa naissance.

Lorsque la vie a cessé dans l'œuf, il devient un corps étranger pour lequel la matrice n'a plus la même tolérance, et qu'elle se prépare à expulser. Mais le travail d'expulsion ne se déclare pas ordinairement d'une manière brusque, immédiatement après la mort du fœtus: même en faisant abstraction des cas qu'on peut considérer comme exceptionnels, il s'écoule un temps variable qui embrasse une période assez courte, mais dont la durée n'a rien de bien fixe. On s'en fera une idée juste par l'exposé suivant, qui est le résumé de ce qui se passe ordinairement. Un certain nombre de fœtus morts dans la matrice ne présentent encore, au moment de leur expulsion, aucune trace sensible d'altérations consécutives à la mort, et on a la preuve que le fœtus a été expulsé très peu de temps après avoir cessé de vivre. Plusieurs présentent ces altérations à leur premier degré; la mort a dû avancer l'expulsion de quatre à cinq jours; d'autres, à des

degrés très prononcés ; et en s'aidant des renseignements que peut donner la femme, on voit que l'expulsion a très souvent lieu de huit à quinze jours après la mort du fœtus ; il n'est pas très rare qu'elle n'ait lieu qu'après vingt jours, et même un mois. Lorsque le terme de l'accouchement n'est pas très éloigné et que la femme se porte bien, la tolérance se prolonge souvent jusqu'à cette époque. Les cas dans lesquels l'expulsion n'a lieu qu'après six semaines, deux mois, peuvent déjà être considérés comme rares et exceptionnels ; cependant on en a rassemblé un assez grand nombre où la rétention du fœtus mort s'est prolongée pendant un temps beaucoup plus long. Les recueils d'observations contiennent des exemples de fœtus qui n'ont été expulsés que trois, quatre, cinq, six mois après la mort. Quelques uns, après avoir subi les transformations que nous avons indiquées dans la grossesse extra-utérine, ont été gardés indéfiniment, et n'ont été trouvés qu'après la mort de la femme, survenue dans la vieillesse.

Les altérations cadavériques du fœtus dans la matrice varient suivant l'époque de la grossesse où il a cessé de vivre, et suivant que sa rétention a été plus ou moins prolongée. Ces altérations sont très improprement désignées par le mot de putréfaction : car les sels que contient l'eau de l'amnios paraissent suffisants pour garantir les parties du fœtus mort de la décomposition putride et les maintenir dans un état de demi-conservation. Nous avons déjà dit qu'à une époque très rapprochée de la conception, l'embryon tombait facilement en dissolution dans l'eau de l'amnios, qui se trouble et s'épaissit. A une époque plus avancée, et jusqu'au 5<sup>e</sup> mois à peu près, après avoir éprouvé un premier degré de macération et de ramollissement, il se flétrit, se ride, ses tissus se resserrent, se durcissent, principalement à l'extérieur, comme s'il avait été conservé dans une solution saline peu concentrée. L'œuf participe à cette espèce de conservation ; l'eau de l'amnios est trouble, et plus ou moins diminuée suivant le temps qui s'est écoulé. Lorsque la mort survient dans les trois derniers mois, la macération est beaucoup plus prononcée, le fœtus semble avoir augmenté de volume, ses tissus se ramollissent et deviennent plus friables, la peau se macule, l'épiderme se soulève et se détache ; les tissus, mous, comme le cerveau et le foie, tombent en déliquium ; les cavités séreuses, le péritoine, les plèvres, le péricarde, etc., se remplissent d'un liquide trouble, rougeâtre ; le tissu cellulaire est infiltré de sérosité trouble ; les os de la tête sont lâchement unis entre eux, et sont très mobiles les uns sur les autres ; leur périoste se détache facilement ; le tissu cellulaire qui double le cuir chevelu est infiltré de sérosité épaisse et rougeâtre. Les changements

qui surviennent dans l'œuf sont de même nature ; le cordon, moins résistant, est rougeâtre, mollassé, infiltré de sérosité. Lorsque le séjour du fœtus est très prolongé, il survient des transformations qui dénaturent complètement les tissus. Il existe bien certainement dans la plupart des changements qu'éprouvent les divers tissus un commencement de décomposition, mais qui ne ressemble pas à la décomposition putride qui se fait à l'air ; le fœtus et ses annexes n'exhalent qu'une odeur fade. Il n'est cependant pas rare de voir les tissus les plus mous devenir légèrement emphysémateux ; mais ces gaz ne répandent pas une odeur fétide propre aux matières animales en décomposition. Il se développe cependant quelquefois des gaz fétides qui semblent le produit des altérations que le fœtus et ses annexes subissent dans la matrice. Sans parler de quelques cas dont l'authenticité peut être contestée, je me bornerai à citer le suivant, observé à la clinique d'accouchement de Strasbourg et rapporté par M. Deubel. Il s'agit d'une femme syphilitique qui portait un enfant mort depuis quelque temps ; au moment de la rupture de la poche des eaux, il se fit une explosion comme celle d'un coup de pistolet, et des gaz infects remplirent tout l'appartement ; les eaux étaient troubles et corrompues, et le fœtus dans un état de putréfaction très avancée.

Quelques praticiens, supposant à tort que la présence dans la matrice d'un fœtus mort, quoique renfermé dans l'œuf entier, où il subit les altérations cadavériques que nous venons d'indiquer, était une cause incessante de danger pour la mère, ont donné le conseil de provoquer artificiellement le travail de l'accouchement. Mais ce conseil ne doit pas être suivi, puisque, chez la presque totalité des femmes, le travail doit se déclarer spontanément après un espace de temps assez court, et que leur santé ne semble pas en souffrir d'une manière sensible. Mais cette conduite serait rationnelle dans les cas rares et exceptionnels où l'expulsion se fait attendre d'une manière insolite. En général, la présence d'un fœtus mort dans la matrice, l'œuf étant encore intact, et l'eau de l'amnios non écoulée, ne réclame aucune indication. Celles qui sont relatives aux maladies du fœtus sont au-dessus des ressources de l'art, ou ne peuvent être saisies. Dans les cas où les troubles fonctionnels du fœtus sont appréciables, ou sous la dépendance de l'état de la mère, il se présente plusieurs indications à remplir ; mais elles trouveront plus naturellement leur place en parlant du traitement préservatif de l'avortement. Les indications qui sont relatives à l'expulsion d'un fœtus mort se confondent aussi avec celles qui seront posées pour l'avortement ou pour l'accouchement.