

b. Causes non traumatiques :

Mère : 1° États généraux.

1° Éclampsie.

2° Asphyxie ou asystolie grave.

3° Mort de la mère.

4° Toute maladie grave, susceptible de déterminer l'accouchement prématuré, peut en même temps causer la mort du fœtus.

2° États localisés :

1° Affection utérine ou péri-utérine, capable de gêner sérieusement l'accouchement. Tétanisme utérin.

2° Hémorragies utéro-placentaires.

Œuf : 1° Placenta. — Décollement étendu.

2° Cordon. Compression. Circulaires. Torsion. Nœuds.

3° Fœtus.

Trop longue durée du travail. Épanchement intra-cranien. Présentation de la face : compression des vaisseaux du cou. Présentation du siège : lenteur de l'extraction de la tête dernière. — En général, toute difficulté de l'accouchement provenant du fœtus, soit unique, soit gémellaire.

Le chapitre étiologique étant terminé, examinons séparément, pour la mort réelle et pour l'apparente, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

A. — MORT RÉELLE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le fœtus, après avoir succombé, peut tout au début de la grossesse, s'il est encore à l'état d'embryon, subir une *dissolution* complète et disparaître (œuf clair, œuf abortif), sinon il se *macère*. La *macération* doit être nettement distinguée de la *putréfaction*, car elle se fait sans odeur, sans production de gaz, et n'expose la femme à aucun accident septicémique, ainsi que le fait la putréfaction.

Les conditions favorables à la production de la *putréfaction* sont d'une part la mort de l'enfant, d'autre part la rupture de l'œuf. Quand ces deux conditions existent réunies, la femme doit être attentivement surveillée, car les phénomènes de putréfaction peuvent se développer en ne s'accusant que par des symptômes très atténués, qui peuvent passer inaperçus à un examen superficiel, et qui sont susceptibles d'être l'origine d'une septicémie rapide, promptement mortelle pour la femme.

Dans la macération, il y a un ramollissement progressif de tous les organes. L'épiderme soulevé par des phlyctènes se détache sur une étendue plus ou moins grande. Le liquide amniotique devient successivement rosé, verdâtre, chocolaté et grumeleux noirâtre. Le placenta et les membranes pâlisent ; le placenta est comme lavé.

La macération se produit alors que les membranes sont intactes et le fœtus isolé au milieu du liquide amniotique ; en cas de perforation des membranes et d'accès de l'air jusqu'au fœtus, c'est la putréfaction qui a lieu.

Exceptionnellement une macération locale, envahissant l'extrémité des petits membres ou l'attache ombilicale du cordon, peut se faire avec un fœtus vivant¹.

La *momification* est une variété de macération, dans laquelle le fœtus se dessèche, se ratatine de manière à ressembler à une poupée en pain d'épice. La *lithopédisation* ne se produit qu'en cas de grossesse extra-utérine.

SYMPTÔMES.

a. Pendant la grossesse.

1° *Interrogatoire*. — Seins : poussée congestive, montée de lait analogue à celle qui se fait après l'accouchement. — Cessation des phénomènes sympathiques (vomissements, syncopes). — Diminution de l'albuminurie au cas où elle existe. — Peptonurie et acétonurie². — Affaissement des varices. — Cessation des mouvements fœtaux alors qu'ils ont été déjà perçus. — Sensation spéciale de pesanteur, de masse inerte dans l'abdomen.

2° *Inspection*. — Ne révèle aucun signe spécial.

3° *Palpation*. — Les sensations fournies par le fœtus deviennent de plus en plus vagues. — Utérus stationnaire ou diminuant de volume. — Parfois sensation de crépitation donnée par le chevauchement des os de la tête. — Crépitation de Négri.

4° *Auscultation*. — Silence fœtal. — Bruissement isochrone au pouls de la mère, indiqué par SROLTZ (?).

5° *Toucher*. — Ne fournit que peu de renseignements pendant la grossesse, permet cependant de sentir quelquefois la mobilité et même la crépitation des os du crâne.

b. Pendant le travail.

Mêmes résultats que pendant la grossesse, donnés par l'interrogatoire, la palpation et l'auscultation.

Inspection. — Écoulement de liquide amniotique, verdâtre, rosé ou chocolaté.

Toucher :

- Présentation du sommet. — Chevauchement et mobilité des os.
- de la face. — Bouche, pas de succion.
- du siège. — Pas de contraction du sphincter anal.
- du thorax. — La main pendante, pas de mouvement.

} Exfoliation
épidermique

MARCHE ET TERMINAISON. — L'expulsion du fœtus a en général lieu quinze jours après sa mort ; mais elle peut se faire avant ou après ce délai.

Quand elle a lieu après, l'utérus devient tantôt très *mou* et difficile à trouver, tantôt *dur* et donnant la consistance d'un fibrome ; ces modifications de consistance exposent à des erreurs de diagnostic.

L'expulsion peut être retardée jusqu'au terme normal de la grossesse, ou même au delà. — La rétention du fœtus mort est aussi susceptible de durer plusieurs mois (*missed labour* des Anglais). — Les cas où le fœtus aurait été retenu plusieurs années dans l'utérus après sa mort ont été attentivement examinés

¹ Voir Schuhl. *Macération chez un fœtus vivant*. *Archiv. de Tocologie*, 1892, p. 385.

² Ludwig Knapp. *Acétonurie dans le cas de rétention du fœtus mort*. *Centralb. f. gyn.*, 24 avril 1897.

par MULLER, et démontrés être des grossesses extra-utérines ou des erreurs de diagnostic. — Comme extrême limite de séjour du fœtus mort, de même que du vivant dans la cavité utérine, après le coït fécondant, qu'il s'agisse de mort avant terme ou à terme, dix mois ou au maximum *onze mois* ne seraient, d'après MULLER, jamais dépassés. — Toutefois la science est loin d'être fixée sur ce point; j'ai observé un cas récent où ce terme avait été dépassé, et voici à cet égard le résumé d'un article de KESNIKOFF sur ce sujet que vient infirmer cette opinion¹.

Toute conclusion sur ce point serait donc prématurée jusqu'à nouvel ordre.

L'expulsion de l'œuf macéré a lieu soit en bloc, soit en deux temps, suivant les circonstances et le développement du fœtus. Notons la fréquence de la *rétenion de la caduque*.

DIAGNOSTIC.

Pendant la grossesse. — Avant l'apparition des signes de certitude, c'est-à-dire durant la première moitié de la gestation, le diagnostic de la mort du fœtus est des plus délicats; on se basera sur la montée laiteuse, la cessation des phénomènes sympathiques, sur l'arrêt de développement du ventre et de l'utérus surveillés pendant un certain temps; souvent la situation ne sera nettement éclairée que par l'avortement même.

Après l'apparition des signes de certitude, le diagnostic deviendra relativement facile, et la disparition des signes indiquant la vie fœtale (battements cardiaques, perception et audition de mouvements) renseignera sur l'accident survenu. (Ne pas oublier toutefois que par le fait de la position de l'enfant, les battements cardiaques peuvent n'être pas perçus pendant un certain temps, quoique l'enfant soit vivant.)

Pendant le travail. — Outre les éléments de diagnostic, qui viennent d'être étudiés à propos de la grossesse, il en existe quelques-uns de propres au travail: gros volume de la poche des eaux qui remplit l'excavation malgré le faible degré de la dilatation cervicale; couleur du liquide amniotique; cordon trouvé flasque et dépourvu de battements, quand il est procident. Bosse séro-sanguine nulle ou peu marquée². Epiderme se détachant sous le doigt. Autres caractères indiqués précédemment pour chaque présentation en particulier.

¹ Rétenion dans l'utérus pendant quatre ans d'un squelette d'un fœtus de sept mois. *Centr. f. gyn.* 1895, p. 9, 244.

Un cas de Freund: fœtus de six mois, séjour de plus de six ans.

Femme trente-cinq ans: un accouchement simple, un accouchement gémellaire. Au printemps 1890, grossesse. En décembre, maladie fébrile de deux mois. Douleurs, mais pas d'accouchement. Quelque temps après la maladie, écoulement purulent. Un an après, écoulement purulent et émission de petits os. Cela dure depuis trois ans, et a lieu surtout quand la malade prend une injection chaude. Frissons et fièvre, amaigrissement. Pas de règles. Mauvaise odeur. Utérus volumineux en rétroflexion. Au palper bimanuel, craquements analogues à ceux de l'emphysème sous-cutané. La sonde intra-utérine perçoit le contact d'ossements. Dilatation, extraction du squelette, sauf les phalanges et les vertèbres. Quelques osselets se trouvaient implantés dans la paroi antérieure à tel point qu'il fallut les arracher avec effort. Squelette désarticulé. Pas un os entier. L'âge du fœtus déterminé par la longueur du tibia, mieux conservé.

² Contrairement à l'opinion ancienne, on admet qu'avec un fœtus mort il peut se produire un certain degré d'infiltration séreuse au niveau de la partie fœtale qui se présente (BUDIN).

TRAITEMENT. — Le traitement pour une nouvelle grossesse s'adressera à la cause même qu'on supposera avoir amené la mort du fœtus; la syphilis occupe ici le premier rang.

A l'étiologie j'ai mentionné la *mort habituelle* du fœtus. On désigne sous cette dénomination la mort du fœtus survenant à une série de grossesses vers la même époque, sans qu'il soit possible de déterminer nettement la cause de l'accident. Le traitement en pareil cas consiste à provoquer l'accouchement quelques jours avant l'époque habituelle où le fœtus succombe, afin de lui permettre de naître *vivant et viable*; c'est dire que toute intervention sera inutile au cas où la mort surviendrait avant le début du septième mois.

En cas de *putréfaction fœtale* il importe d'activer autant que possible l'expulsion des produits de la conception. A cet effet on dilatera artificiellement l'utérus, et aussitôt que la dilatation sera suffisante, on procédera à l'extraction, en se conformant aux détails de chaque cas en particulier. — En cas de simple macération, en effet, la prolongation de la grossesse est sans inconvénient pour la mère; mais quand il s'agit de putréfaction, la septicémie est fatale si on n'évacue pas rapidement le contenu utérin.

Aphorismes:

Immobilité et silence à l'auscultation sont, quand ils sont persistants, les deux meilleurs signes de la mort du fœtus.

Tant que l'œuf reste intact la mort du fœtus est sans danger pour la mère, car en pareil cas il y a macération, mais non putréfaction.

Aussitôt qu'il y a rupture de l'œuf avec un enfant mort, il faut craindre les phénomènes de putréfaction, qui peuvent être rapidement mortels pour la mère, et la surveiller en conséquence.

B. — MORT APPARENTE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — L'enfant qui naît en état de mort apparente se présente, suivant les cas, sous deux aspects absolument distincts:

Tantôt *violacé*, tous les vaisseaux périphériques sont gorgés de sang, les battements du cœur sont nettement perceptibles; pronostic relativement bénin;

Tantôt *blanc*, la peau semble dépourvue de sang, les battements du cœur sont faibles, parfois nuls ou difficiles à percevoir; pronostic relativement grave.

Dans le premier cas il y a *syncope respiratoire*, c'est-à-dire asphyxie proprement dite, due à l'arrêt de la fonction placentaire, la respiration pulmonaire n'étant pas encore établie.

Dans le second cas, il y a *syncope cardiaque* incomplète ou complète, le cœur ne bat plus que très faiblement ou est même tout à fait arrêté.

La première forme aboutit assez rapidement à la seconde, la syncope respiratoire conduisant à la cardiaque.

Si la syncope cardiaque dure un certain temps (d'ailleurs difficile à préciser), la mort apparente fait place à la mort réelle.

SYMPTÔMES. — Les considérations qui précèdent indiquent suffisamment l'état dans lequel se trouve l'enfant au moment de la naissance. La respiration est suspendue dans les deux cas; mais, tandis que les battements du cœur persistent dans la forme violacée, ils sont plus ou moins ralentis dans la forme blanche.

DIAGNOSTIC. — Il y a, pendant l'accouchement, menace de mort pour l'enfant toutes les fois qu'il y a affaiblissement des battements cardiaques, se manifestant par le ralentissement ou l'accélération des bruits du cœur foetal, et toutes les fois qu'il y a écoulement du méconium (exception pour la présentation du siège).

A la naissance, l'absence de mouvements respiratoires et de cris indique suffisamment l'état grave dans lequel se trouve l'enfant. — Pour savoir si la mort est réelle ou apparente, en dehors des cas où les phénomènes de putréfaction ou de macération ne peuvent laisser aucun doute, on consultera le cœur, soit en saisissant la partie ombilicale du cordon, soit en appliquant la main ou l'oreille sur la région précordiale. — *Toutes les fois que les battements sont perceptibles, la mort n'est qu'apparente; les battements sont-ils nuls, on essaiera l'insufflation pendant une demi-heure environ, et si après ce temps aucun battement ne peut être senti on sera en droit de conclure à la mort réelle.*

TRAITEMENT. — Commencer toujours par nettoyer la bouche et le pharynx des mucosités qu'ils contiennent avec l'index coiffé d'un linge fin. Le traitement consiste à réveiller l'action cardiaque, en essayant, soit par l'insufflation, soit par des moyens autres, de rétablir la fonction respiratoire.

A. — MOYENS AUTRES QUE L'INSUFFLATION

1° *Saignée du cordon.* — Généralement abandonnée aujourd'hui.

2° *Electricité.* — Courants interrompus, un pôle étant appliqué sur la colonne vertébrale, à la partie supérieure de la région dorsale, l'autre promené sur les pectoraux alternativement de l'un à l'autre côté, d'une façon intermittente, de manière à amener le jeu de la cage thoracique. C'est un bon moyen, mais dont on n'aura pas toujours les éléments sous la main.

3° *Excitation cutanée.* — Soit par des frictions simples ou à l'alcool sur toute la longueur de la colonne vertébrale, soit par la flagellation dans le dos ou au niveau des fesses, soit à l'aide de bains chauds, ou alternativement chauds et froids, ou encore sinapisés, dans lesquels on plongera l'enfant en ayant soin d'éviter la pénétration du liquide dans le nez et la bouche.

4° *Procédé de la langue.* — Ce procédé consiste à attirer la langue du nouveau-né à l'aide d'une pince de Museux ou d'une pince à pansement, et d'exercer sur elle des tractions intermittentes, imitant autant que possible le rythme de la respiration. Sous l'influence de ces tractions on voit souvent

la respiration se rétablir. C'est là un procédé intéressant, que LA BORDE a récemment tenté, mais en vain, de remettre en faveur, mais qui, de même que les procédés qui précèdent, est moins sûr que l'insufflation.

B. — INSUFFLATION

Insufflation indirecte. — 1° MARSALL HALL. — L'enfant est couché sur le ventre, ramené ensuite sur le côté, puis on lui imprime un brusque mouvement qui le replace dans sa première position. On recommence quinze à vingt fois par minute cette manœuvre, dont le résultat est autant de respirations.

2° SCHULTZE. — Saisir l'enfant par les épaules, le ventre tourné en avant, et par un mouvement d'arc de cercle le relever en lui faisant faire la culbute, puis l'abaisser en lui imprimant le mouvement contraire; l'élévation amène l'expiration, et l'abaissement l'inspiration.

3° SYLVESTER. — Saisir l'enfant par le siège et le cou et lui imprimer parallèlement à lui-même un brusque mouvement contraire (expiration) et d'abaissement (inspiration).

4° HOWARD. — Imprimer des mouvements respiratoires à la cage thoracique, soit directement à l'aide des mains, soit par l'abaissement et l'élévation des bras.

5° WOILEZ. — *Spirophore*, sorte de boîte où on enferme l'enfant, et dans laquelle, à l'aide d'un mécanisme de soufflet, on fait un vide intermittent.

Tous ces moyens d'insufflation indirecte peuvent rendre de réels services, mais sont inférieurs à l'insufflation directe, qu'il faudra préférer d'une façon générale.

Insufflation directe. — L'insufflation peut se faire *bouche à bouche*, ou à l'aide d'un instrument, le *tube laryngien*.

1° *Bouche à bouche.* — L'enfant étant étendu sur un plan horizontal, à hauteur de table environ, et la tête légèrement soulevée par un coussin, on applique la bouche directement sur celle de l'enfant, en obturant avec les doigts les narines, afin qu'il n'y ait pas reflux par le nez. On souffle vers le pharynx une certaine quantité d'air, qui pénètre par le larynx et la trachée jusqu'au poumon. — Pour éviter le contact direct avec l'enfant, on peut interposer un mouchoir ou un linge fin, qui n'empêche aucunement le passage de l'air. — A cette insufflation toujours répugnante à faire et même dangereuse pour le médecin en cas de syphilis, on préfère en général celle qu'on pratique à l'aide du tube laryngien.

2° *Tube laryngien.* — CHAUSSIER a inventé un tube métallique, légèrement modifié par DEPAUL et que la figure 395 fait connaître sans qu'il soit besoin de description. Ce tube est destiné à être introduit dans le larynx et à y porter l'air qu'on désire faire pénétrer jusqu'au poumon.

L'enfant étant couché le siège tourné vers l'opérateur et la tête dans la direction opposée, on cherche avec l'index introduit dans le pharynx l'ouverture du larynx; l'habitude peut seule faciliter cette exploration souvent

ardue pour les débutants. — L'orifice trouvé et l'extrémité du doigt arrêtée à son entrée, le tube, sous la protection et le guide du doigt, est conduit jusqu'au larynx, dans lequel on le fait pénétrer de 2 centimètres environ. — L'index explore ensuite la paroi postérieure du larynx transversalement, pour s'assurer que le tube a bien cheminé vers les voies respiratoires et n'a pas glissé en arrière d'elles, auquel cas on le sentirait directement sous le

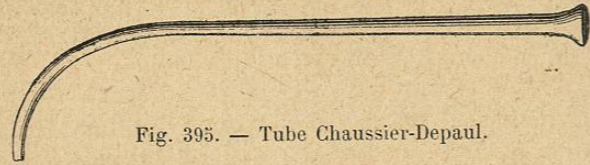


Fig. 395. — Tube Chaussier-Depaul.

doigt. — Puis l'extrémité digitale étant laissée à l'entrée du larynx, dont elle complète l'obturation, de manière à empêcher le reflux de l'air, l'opérateur insuffle le poumon par l'intermédiaire de l'instrument. — Aussitôt qu'une quantité assez considérable d'air a été soufflée dans le tube, ce qu'on juge d'après la résistance qu'on éprouve, on en écarte de la bouche l'extrémité libre, de manière à permettre le reflux du fluide sous l'influence de l'expiration, qui se fait spontanément. — Quinze à vingt insufflations à la minute sont suffisantes.

Quand l'air pénètre bien dans les voies respiratoires, la cage thoracique est soulevée à chaque insufflation; dans le cas, au contraire, où la canule est

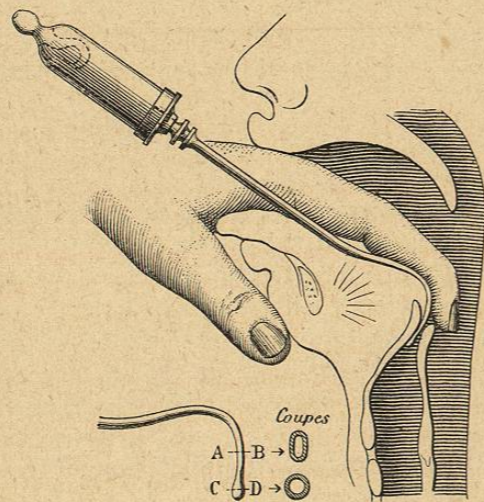


Fig. 396. — Insufflateur Auvard appliqué.

restée dans le pharynx, l'air se dirigeant vers l'estomac distend l'épigastre; ce n'est plus la poitrine qui se gonfle à chaque insufflation, mais l'abdomen. Pour remédier à ce défaut, replacer le tube dans la bonne direction.

GAYRAL, RIBEMONT, OLIVIER ont modifié ce tube en le changeant de forme et en le munissant d'une poire qui doit servir à l'insufflation de l'air. Cette

poire constituée, à mon avis, une complication inutile, et elle a le désavantage, quand on fait l'insufflation par son intermédiaire, de toujours insuffler le même air, ce qui est un gros inconvénient.

Ce qu'il faut surtout avec le tube laryngé, si l'on veut faire la respiration artificielle dans de bonnes conditions, c'est aspirer les mucosités qui encombrer les voies respiratoires de l'enfant.

Avec le tube CHAUSSIER ordinaire, cette aspiration est des plus désagréables, car ces mucosités arrivent directement dans la bouche de l'opérateur, et outre l'ennui de ce contact, exposent à l'inoculation de maladies telles que la syphilis.

La poire en caoutchouc n'a pas une résistance suffisante pour aspirer ces mucosités; sans quoi elle rendrait, à cet égard, de réels services, et aurait trouvé là la meilleure raison de son existence.

Pour permettre d'aspirer ces mucosités sans en être souillé, j'ai adapté au tube CHAUSSIER, dont j'ai légèrement modifié la forme, la trouvant ainsi plus commode (voir fig. 396), un petit réservoir cylindrique dans lequel on fait le vide par l'aspiration buccale. Le vide étant ainsi fait dans ce réservoir,

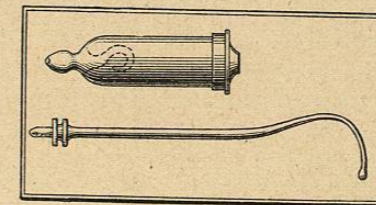


Fig. 397. — Insufflateur Auvard démonté.

les mucosités viennent s'y accumuler, sans arriver jusqu'à la bouche de l'opérateur. D'ailleurs, le dispositif intérieur de ce réservoir, figuré par le pointillé, fait que même avec une aspiration énergique les mucosités ne peuvent arriver jusqu'à la bouche de l'opérateur.

Quand les mucosités ont été aspirées et qu'elles sont accumulées dans le petit réservoir en question, on détache ce réservoir, le confiant à une personne pour être nettoyé, et on continue alors directement l'insufflation avec le tube qu'on a laissé en place.

Si on le désire d'ailleurs, l'insufflation peut aussi être continuée avec le réservoir, mais mieux vaut l'enlever pour cela, car pour la respiration artificielle il n'est pas utile.

Pendant qu'on pratique l'insufflation, il faut avoir soin d'entourer l'enfant de serviettes chaudes, de manière à éviter son refroidissement, et surveiller attentivement les battements du cœur.

Durant combien de temps faut-il continuer l'insufflation? — Si l'enfant revient petit à petit à la vie, ce qu'indique la fréquence croissante des inspirations spontanées, l'insufflation doit être continuée jusqu'à ce que la respiration se fasse dix ou quinze fois à la minute.

Mais si le retour à la vie est lent à se faire, au bout de quel laps de temps

convient-il de désespérer ? — La conduite à tenir peut être résumée dans les trois propositions suivantes :

1° Si, après une demi-heure d'insufflation, les battements du cœur sont nuls, il est inutile de continuer ; la mort est réelle.

2° Quand les battements cardiaques existent, si, après une heure d'insufflation, il ne s'est produit aucun mouvement d'inspiration spontanée, on pourra cesser, car cette absence de mouvements respiratoires indique que l'enfant a subi quelque lésion incompatible avec le rétablissement de la vie.

3° Si après deux heures d'insufflation, et alors que des battements cardiaques et des mouvements respiratoires spontanés existent, les mouvements diminuent et tendent à disparaître aussitôt qu'on interrompt l'insufflation, il sera inutile de la continuer plus longtemps, les conditions nécessaires à la vie manquent de même que dans les cas précédents.

Aphorismes :

L'insufflation est le moyen maître pour ranimer l'enfant en cas de mort apparente ; c'est lui et lui seul qu'il faut employer.

Dans toute situation grave, la richesse thérapeutique est un leurre ; un bon moyen de guérir vaut mieux que cent médiocres. — En cas de mort apparente, le bon moyen est l'insufflation, tous les autres sont les médiocres.

Du moment où vous aurez bien insufflé un enfant en état de mort apparente, vous pouvez avoir la conscience tranquille, on ne peut à son égard vous adresser aucun reproche sérieux.

9. TÉRATOLOGIE (τερας, monstre).

Je me contenterai de donner ici un très court aperçu de la question, en me conformant à la classification de GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

La tératologie comprend les *hémitéries*, les *hétérotaxies*, les *hermaphrodismes*, les *monstruosités* :

1° HÉMITÉRIES (ημισυς, moitié ; τερας, monstre). Parmi les principales hémitéries, je citerai :

- Encéphalocèle, méningocèle, spina bifida.
- Bec-de-lièvre.
- Imperforation de l'œsophage, de l'anus, de l'urètre.
- Hernies diaphragmatique, ombilicale. Ectopie cardiaque.
- Non-descente des testicules.
- Hypospadias. Epispadias.
- Duplicité de l'utérus et du vagin.
- Polymastie, polydactylie.
- Pied-bot.

2° HÉTÉROTAXIES (ετερος, autre ; ταξις, ordre). — Inversion splanchnique totale ou partielle. Les organes occupent une place différente de celle qu'ils ont d'habitude.

3° HERMAPHRODISMES (Ερμης, Mercure ; Αφροδιτη, Vénus). — On entend par hermaphrodisme la réunion, sur le même individu, d'organes génitaux mâles et femelles, les uns et les autres étant toujours anatomiquement ou physiologiquement incomplets.

4° MONSTRUOSITÉS (*monstrare*, à montrer) :

a. *Monstres simples ou unitaires*. — C'est-à-dire composés par des éléments complets ou incomplets d'un seul individu, tels les monstres chez lesquels un membre, ou le cerveau, ou la tête font défaut.

b. *Monstres composés doubles ou triples*. — C'est-à-dire formés par la réunion, par la fusion plus ou moins complète de deux ou trois fœtus s'étant développés simultanément dans la cavité utérine. Ce sont des monstres gémeaux, les jumeaux s'étant soudés au lieu de se développer séparément, comme ils le font dans les grossesses multiples normales, dont nous allons aborder l'étude.

Aphorismes :

Les monstruosités fœtales constituent un chapitre très intéressant de l'obstétrique ; mais leur rareté dans la pratique en fait plutôt un chapitre de luxe que réellement nécessaire pour la pratique des accouchements.

10. GÉMELLITÉ¹

(GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT MULTIPLES)

SOMMAIRE

- Généralités. — Fréquence.
- Etiologie.
- I. DEUX JUMEAUX.
 - A. Grossesse.
 - Physiologie.
 - a. Fécondation.
 - b. Disposition des fœtus.
 - c. Disposition des annexes.
 - Symptômes.
 - Diagnostic.
 - Pronostic.
 - Conduite à tenir.
 - B. Accouchement.
 - a. Eutocique.
 - b. Dystocique.
- II. TROIS A CINQ JUMEAUX.

Deux à cinq fœtus peuvent être contenus simultanément dans la cavité utérine. Les grossesses multiples de plus de cinq enfants ne sont pas nettement prouvées.

¹ L'étude de la gémeauté, grossesse et accouchement, est rattachée par la généralité des auteurs à la physiologie, les difficultés de l'accouchement multiple étant seules réservées pour la pathologie. — Tout en reconnaissant la justesse des arguments qui font adopter cet ordre, j'ai préféré réunir ici en un même chapitre la physiologie et la pathologie de la gémeauté, afin d'en synthétiser l'exposé dans une vue d'ensemble.