

ration du sang; mais il est hors de doute qu'il puisse y en avoir de consécutives à une obstruction ou à une inflammation. On a essayé comme moyen de traitement l'administration du chlorate de potasse à la mère; on n'a réussi par ce moyen qu'à prolonger la grossesse, sans parvenir à éviter la mort du fœtus. Nous n'avons pas à étudier ici le traitement obstétrical de l'affection.

L'hydropisie d'un des fœtus, dans le cas de grossesse gémellaire, n'est, comme il a été dit plus haut, que le signe d'un trouble circulatoire dû à l'inégalité de force des deux cœurs fœtaux. Chez les fœtus chez lesquels se manifeste l'anasarque avec le plus d'intensité, il y a abouchement des deux circulations sur un placenta unique; le cœur d'un des fœtus s'atrophie, et sa circulation est assurée, d'une façon insuffisante, bien entendu, par le cœur de l'autre. Dans cette lutte pour la vie, le jumeau bien développé peut présenter de l'hydramnios, tandis que le fœtus hydropique se trouve dans un sac ne contenant que peu ou pas de liquide.

Éléphantiasis kystique congénital. — Un état morbide assez analogue à l'anasarque est l'éléphantiasis kystique du fœtus, ou *hydrops anasarca gelatinosa*, ou *elephantiasis congenita mollis*. Les lésions siègent surtout dans le tissu conjonctif sous-cutané; elles consistent en une hyperplasie, avec développement en différents points de kystes contenant soit une sérosité claire, soit une boue demi-solide. Le processus morbide peut être généralisé à tout le corps, ou limité à une seule région. La partie postérieure de la tête et du cou sont les régions le plus fréquemment atteintes. L'œdème est souvent plus ou moins gélatineux — ce qui probablement résulte non pas d'une particularité du processus hydropique, mais plutôt du stade de développement auquel se trouvait le tissu cellulaire sous-cutané lors du début de la maladie.

Quelques auteurs ont considéré ce processus comme une métaplasie myxomateuse du tissu cellulaire sous-cutané, mais il est plus correct de le considérer comme un état de dilatation, ou de dilatation et d'occlusion simultanées des espaces et vaisseaux lymphatiques. L'enfant naît souvent avant terme, et, dans les cas où il atteint le terme normal, il vit rarement plus de quelques heures. Font exception à cette règle les cas où le processus est nettement limité. La mère a quelquefois été atteinte d'albuminurie pendant la grossesse, et il peut y avoir hydramnios. Le fœtus présente fréquemment en même temps des malformations cardiaques, pulmonaires, intestinales, rénales et hépatiques, mais leurs relations avec l'éléphantiasis kystique n'ont pas été déterminées d'une façon satisfaisante. Elles peuvent être la cause de l'hydropisie, mais d'autre part les malformations et l'hydropisie peuvent résulter d'une cause commune inconnue; elles peuvent aussi n'être associées que par pure coïncidence. Il est bien inutile de parler du traitement, aucun résultat pratique n'ayant été obtenu jusqu'à présent.

Éléphantiasis congénital. — Le nom d'éléphantiasis congénital a été donné à plusieurs affections caractérisées par un épaississement plus ou moins localisé de la peau et des tissus sous-cutanés. Cet épaississement peut être mou (*elephantiasis mollis*) ou dur (*elephantiasis dura*): quelquefois il s'accom-

pagne de fibromatose sous-cutanée. D'autres fois, il coïncide avec des plaques plus ou moins étendues de vascularisation d'apparence nævique. Il porte le plus souvent sur les membres inférieurs et, d'une façon générale, ressemble beaucoup à l'éléphantiasis des Arabes de l'adulte. On l'a même considéré comme un véritable éléphantiasis des Arabes survenant avant la naissance. Quelquefois, il est nettement héréditaire comme dans la famille dont Nonne a publié l'observation (44). Moncorvo (de Rio) a observé un cas dont j'ai présenté la photographie à la Société obstétricale d'Édimbourg (49) et dans lequel la mère avait subi pendant la grossesse plusieurs traumatismes dont l'un avait été suivi de lymphangite. L'enfant naquit avec une tuméfaction éléphantiasique de la jambe droite. On pensa que, pendant la poussée lymphangitique maternelle, des streptocoques avaient traversé le placenta, passé dans la circulation fœtale et déterminé une lymphangite dans la jambe du fœtus. Le sang du membre malade, examiné après la naissance, contenait des chaînettes et des grappes de streptocoques de Fehleisen. Si cette explication est exacte, il faut retirer l'éléphantiasis congénital de la classe des affections idiopathiques, pour le ranger parmi les maladies transmises, tout près des affections septiques de la vie intra-utérine; mais dans la plupart des cas publiés (ex. 47) rien ne vient à l'appui de cette hypothèse. Parfois la tuméfaction d'un membre paraît avoir été causée par la pression d'une bride amniotique l'enserrant fortement et y déterminant une congestion passive (48).

L'éléphantiasis congénital ne diminue pas beaucoup les chances de vie. L'affection est même curable. On a employé avec succès la compression élastique, l'électricité et l'iodure de potassium.

L'éléphantiasis correspond souvent avec la syphilis héréditaire.

Atrophie congénitale du tissu cellulaire sous-cutané. — Souvent chez les enfants dont la mère a souffert pendant la grossesse de troubles rénaux, cardiaques ou pulmonaires sérieux, on observe une absence presque totale de tissu adipeux sous-cutané. On peut l'observer également lorsque la santé de la mère a été bonne pendant la grossesse. Lorsque cette anomalie persiste, le sujet peut être qualifié de *squelette vivant*; un état étroitement allié à celui-là est la *peau lâche* ou *dermatolyse* dans le sens strict du terme (c'est-à-dire sans formations néoplasiques). La peau est extraordinairement extensible, et l'individu atteint de cette difformité est désigné dans le peuple sous le nom d'*homme à la peau élastique*. Un individu de ce genre a été récemment exhibé dans différentes capitales européennes. Il pouvait étirer en larges plis la peau de sa face, de son cou, de sa poitrine et de ses membres, et cependant les téguments présentaient une apparence normale. Le fait est probablement dû à une diminution de l'adhérence de la peau aux tissus sous-jacents et résulte sans doute de quelque vice de nutrition des parties pendant la vie intra-utérine.

Ichtyose fœtale, type grave. — Une des dermatoses fœtales les plus déformantes est l'ichtyose, type grave. C'est une hyperkératose caractérisée par l'existence sur toute la surface du corps de plaques épidermiques cornées, séparées les unes des autres par d'étroites fissures et des sillons plus

larges. Probablement la lésion commence à se développer vers le quatrième mois de la vie intra-utérine. Les lésions de la peau s'accompagnent de déformations de la bouche, du nez, des yeux, des oreilles et des membres. Ces déformations consistent en un arrêt de développement dû à la pression des plaques épidermiques et en ectropions des paupières et des lèvres dus à la rétraction. Les plaques et les fissures de la peau donnent à l'enfant un aspect justifiant la dénomination de *fœtus arlequin* qui a été souvent donnée à cette maladie. Dans l'histoire clinique des cas de cette forme grave d'ichtyose congénitale, on dit généralement que les enfants étaient débiles au moment de la naissance et qu'ils sont morts peu de jours après. La mort paraît résulter de l'état de la bouche qui ne permet pas à l'enfant de téter. Il est digne de remarque que, dans un certain nombre de cas, la maladie survint plusieurs fois dans la même famille. Dans l'observation de Oestreicher (51) la mère avait eu trois enfants normaux avec un premier mari et trois fœtus ichtyosiques avec un second.

L'examen microscopique de la peau affectée montre que la lésion principale consiste en une énorme hypertrophie de la couche cornée de l'épiderme. On a beaucoup discuté la nature de la maladie, et certains auteurs ont nié ses relations avec l'ichtyose, mais il semble qu'il n'y ait aucune difficulté à la considérer comme une ichtyose dont la présence du milieu intra-utérin a accentué les lésions en leur permettant d'acquérir un degré de gravité tel que, quoiqu'elles soient compatibles avec la vie intra-utérine, elles amènent la mort peu de temps après la naissance.

Les principales indications du traitement sont d'amollir et d'enlever les plaques épidermiques, et de soutenir les forces du petit malade. Jusqu'à présent, toutefois, cette thérapeutique paraît manifestement insuffisante.

Ichtyose fœtale, type bénin. — A la naissance, le fœtus atteint d'ichtyose congénitale bénigne paraît couvert d'une couche continue d'une substance ressemblant à du collodion. Après quelques heures ou quelques jours cette couche commence à desquamer, et il s'en détache de petits lambeaux ressemblant à du papier, tissu papyrus. L'affection a été appelée familièrement *fœtus collodionné* et *enfant crocodile* (*alligator boy*). Il peut y avoir ectropion des paupières et des lèvres, mais non constamment. On a aussi publié des cas intermédiaires entre la forme grave et la forme bénigne. On note, de même que dans le type grave, une prédisposition héréditaire. L'affection est parfaitement compatible avec la vie extra-utérine, et un grand nombre de sujets ont atteint un âge avancé. D'ordinaire pourtant, l'état de la peau ne présente aucune tendance à s'améliorer, et il peut empirer. Dans quelques cas, on a vu une résolution locale, rarement générale, de la maladie, mais il restait toujours une prédisposition aux rechutes. Il s'agit comme dans le type grave d'une hyperkératose, mais moins intense. Il est possible qu'elle soit due à la persistance de la formation embryonnaire connue sous le nom d'*epitrichium* (62). Le traitement qui a été généralement appliqué consiste dans l'administration de l'huile de foie de morue, de mercure, d'iodure de potassium et d'alcalins, ainsi qu'en fréquents bains chauds alcalins, en frictions avec de la glycérine ou de la lanoline, et en applications

d'emplâtres salicylés. Les moyens thérapeutiques externes ont fait preuve de quelque efficacité.

Nævus névrotique. — On voit chez certains enfants des productions papillomateuses plus ou moins pigmentées, limitées très exactement à un côté du corps et suivant souvent de près dans leur distribution les branches d'un ou plusieurs nerfs cutanés. Certains auteurs ont considéré cette maladie comme ayant quelque parenté avec l'ichtyose congénitale et lui ont donné le nom de : ichtyose linéaire névrotique, *nævus linéaire ichtyosiforme* et ichtyose herpétiforme. On l'a souvent vue associée à des troubles nerveux comme l'épilepsie, et Hutchinson a pensé qu'il fallait peut-être chercher son origine dans un zona du fœtus. Peut-être aussi la disposition particulière des productions papillomateuses en bandes et raies peut être associée avec le développement de l'embryon en métamérie (Montgomery).

Elle semble cependant avoir des rapports plus étroits avec l'ichtyose hystrix. Il est rare qu'elle soit bien accentuée au moment de la naissance, soit parce que le milieu intra-utérin est défavorable à la croissance de productions papillomateuses, soit parce que ces productions sont rabotées en quelque sorte lors de l'expulsion de l'enfant. On peut apporter, à l'appui de cette dernière hypothèse, ce fait que les enfants, chez qui se développera plus tard cette lésion cutanée, présentent au moment de la naissance des surfaces où la peau est meurtrie. La maladie paraît n'être aucunement héréditaire. Elle s'accompagne de peu de symptômes, mais peut défigurer le sujet, si elle survient à la face, au cou, aux bras et aux mains. On l'a traitée par l'excision, et par la destruction au moyen de caustiques, mais la section du nerf desservant la région affectée paraît être l'opération donnant le plus de chances de guérison permanente.

Tylosis palmæ et plantæ. — Une maladie de la peau très nettement héréditaire est l'épaississement de la couche cornée de l'épiderme localisée à la paume des mains et à la plante des pieds. Chez deux familles j'ai rencontré plusieurs membres affectés de cette anomalie, et l'hérédité directe pouvait être suivie pendant plusieurs générations. La lésion existe à la naissance et peut être reconnue avec de l'attention; mais elle n'est évidente en général qu'après que les pieds et les mains ont été soumis à des pressions et des frottements, quand l'enfant commence à s'exercer à la préhension et à la marche. L'anomalie ne donne lieu à aucune douleur, mais la sensibilité est diminuée au niveau de la lésion. La desquamation se fait deux fois par an dans la plupart des cas; mais l'épiderme ne met pas longtemps à s'épaissir de nouveau. Le processus peut être considéré comme une persistance locale de l'*epitrichium*. Une amélioration peut être obtenue à l'aide des badigeonnages de la paume des mains et de la plante des pieds avec une solution à 5 pour 100 d'acide salicylique dans l'éther (71).

Kératolyse, desquamation, hyperkératose congénitale. — Il n'est pas rare qu'un enfant présente, pendant les quelques jours qui suivent sa naissance, une desquamation épidermique généralisée. Mais un état à peu près identique peut exister au moment de la naissance. Cette kératolyse (décollement de l'épiderme), vraiment congénitale alors, peut être due à des

causes diverses. Ce peut être un signe d'hypermaturité du fœtus. Ce peut être la desquamation d'une rougeole ou d'une scarlatine intra-utérines; ce peut être le signe d'une infection antérieure à la naissance: érysipèle ou syphilis. Enfin elle peut être idiopathique en apparence. Peut-être est-ce dans certains cas une forme atténuée de l'ichtyose.

Il importe de la distinguer de la desquamation résultant de la macération qui survient dans les cas de mort du fœtus. Cette distinction est facile à faire étant donnée la couleur du derme sous-jacent qui est rose pâle dans la kératolyse fœtale, et rouge vif dans le cas de macération.

Hypertrichose congénitale. — L'hypertrichose, ou développement exagéré du système pileux, peut s'observer à la naissance. Lorsque cet état est généralisé à tout le corps, l'enfant est qualifié d'*enfant velu* (*hairy boy*), d'*homme chien* ou de *chaînon manquant* (*missing link*). Il en est des exemples bien connus, entre autres *Julia Pastrana*, *les Russes velus* et *Krao*. Cette anomalie résulte de la persistance du duvet laineux du milieu de la vie fœtale. Quoique à première vue il semble qu'il s'agisse d'une hypertrophie, c'est en réalité à un arrêt de développement qu'on a affaire. Peut-être est-ce un phénomène atavique. On a fort peu de détails touchant les caractères exacts que présentent ces enfants au moment de la naissance; on ignore même s'il y a une chute du duvet laineux, suivie de croissance de nouveaux poils, ou s'il y a simple persistance de l'hypertrichose intra-utérine. On a observé parfois que cet état coïncidait avec un développement défectueux de l'appareil dentaire. Mais cette coïncidence n'est pas constante. L'hypertrichose localisée se rencontre fréquemment au voisinage de malformations marquées du squelette telles que le spina-bifida (surtout le spina-bifida latent), l'anencéphalie, l'encéphalocèle. Elle peut aussi revêtir la forme bien connue des *nævi chevelus défigurants*. Quelquefois les *nævi chevelus* peuvent recouvrir les reins et les cuisses à la façon d'un caleçon de bain; d'autres fois, c'est la face qui en est atteinte. Très souvent ils sont attribués, en général, sur des preuves très insuffisantes, à ce qu'on appelle *une impression maternelle*. Par l'électrisation on est parfois arrivé à faire disparaître la difformité, mais seulement dans les formes les plus limitées. Comme la plupart des autres affections congénitales de la peau, celle-ci peut être héréditaire, ou tout au moins présenter une fréquence particulière dans certaines familles.

Hypotrichose congénitale. — Au lieu d'un développement exagéré du système pileux, un enfant peut présenter une alopécie générale ou limitée. Dans la forme généralisée, l'hérédité joue un rôle important; mais, pour les formes limitées, on peut raisonnablement en chercher la cause dans quelque dermatose intra-utérine, ayant terminé son évolution, sans laisser d'autre trace que l'alopecie. L'hypotrichose peut coïncider avec des atrophies dentaires, et aussi avec des maladies nerveuses.

Pemphigus congénital. — La présence sur la peau du nouveau-né de bulles de pemphigus est habituellement due à la syphilis héréditaire. Mais il est un très petit nombre de cas où aucune trace de syphilis ne peut être trouvée et où l'affection doit être considérée comme idiopathique. On voit

rarement les bulles à la naissance, car le corps de l'enfant, pendant le travail, est soumis à un frottement tel que toutes les élevures de ce genre qui peuvent se trouver sur la peau sont rompues. Tout ce qu'on voit, ce sont des surfaces dépourvues d'épiderme, ou des plaques rouge sombre, masquant la place qu'occupaient les bulles. Il ne faut pas confondre cette maladie avec le pemphigus des nouveau-nés, qui est une des manifestations de l'infection des nouveau-nés.

Absence congénitale de la peau. — Des cas ont été publiés par Ahlfeld (88), Hochstetter (89), Matthes (90), Goldberger (91) et Wallé (92) dans lesquels les enfants étaient nés avec des surfaces d'où la peau semblait absente. Dans certains cas, c'était au niveau du cuir chevelu, dans d'autres, au niveau des faces latérales de l'abdomen. Dans un ou deux cas, les lésions se présentaient symétriquement des deux côtés. Il a été reconnu qu'au niveau de ces surfaces dénudées d'un rouge vif, il y a réellement absence de la peau. J'ai remarqué un cas d'absence symétrique de la peau sur le vertex de la tête d'un nouveau-né.

Il était né à terme et bien portant; il n'était pas mal formé. Il y avait deux surfaces situées symétriquement de chaque côté de la suture sagittale, sur lesquelles la peau semblait absente et le tissu sous-cutané à nu; chaque plaie mesurait environ 1 centimètre de diamètre. L'accouchement avait été normal. Le reste du crâne était couvert de peau avec cheveux. Les plaies se cicatrisèrent dans les 14 jours.

La théorie la plus probable, quant à leur mode de production, est celle qui les considère comme dues à des adhérences de la membrane amniotique à la peau avec séparation consécutive. On pourrait, à première vue, les attribuer à une violence subie par l'enfant au moment de la naissance et elles présentent à cause de cela un intérêt médico-légal. Trop peu de cas ont été observés jusqu'à présent pour autoriser ces généralisations.

Maladies fœtales des os. — Les maladies du système osseux que l'on peut observer à la naissance forment un groupe très complexe d'états pathologiques. Dans une certaine mesure, elles se rapprochent plus des difformités et monstruosité que des maladies proprement dites. En fait, il est impossible d'établir une ligne de démarcation nette entre les difformités et les maladies des os pendant la vie fœtale. Un état ressemblant beaucoup au rachitisme peut se présenter au moment de la naissance. Cet état serait très commun, d'après certains auteurs, et l'on pourrait lui donner avec justesse le nom de rachitisme fœtal. Nous trouvons toutefois que ce nom a déjà été attribué à un autre état pathologique, sinon à plusieurs. La question de savoir si la maladie dite rachitisme fœtal est ou non de nature rachitique n'a pas encore été définitivement élucidée, mais il est tout à fait certain que cette affection diffère par un grand nombre de détails importants du rachitisme extra-utérin. Cela serait dû, d'après certains auteurs, au développement encore incomplet des os auquel s'attaquerait le processus rachitique. Selon d'autres, il serait prouvé que la maladie n'a rien du rachitisme. Dans certains cas, les lésions des os sont hypertrophiques: il y a croissance active, mais irrégulière et anormale, et les extrémités des os longs sont généralement de grosseur dis-

proportionnée, comparées aux diaphyses. Ce n'est pas là la forme commune du rachitisme fœtal et c'est généralement chez des fœtus non viables qu'on la rencontre.

Un autre type est celui auquel on a spécialement donné le nom d'achondroplasie. Il est caractérisé par un arrêt de développement, pouvant affecter, soit l'os périostal, soit l'os endochondral. Il en résulte que l'enfant se présente avec une tête disproportionnée grande, des membres rabougris et anormalement courts. Le tronc peut ne pas différer beaucoup de la normale quoi qu'il y ait parfois arrêt de développement évident des corps vertébraux. Il y a parfois une dépression nette de la racine du nez, quelquefois associée avec ce qu'on a appelé synostose tribasilaire prématurée et qui consiste dans la soudure prématurée en un seul os (*os tribasilaire*), du basi-occiput, basi-sphénoïde et présphénoïde. Cette forme hypoplasique du rachitisme fœtal n'est pas incompatible avec la vie extra-utérine, et l'on a rapporté des cas d'enfants ainsi atteints qui arrivent à l'âge adulte, et l'on a même vu une mère achondroplasique donnant naissance à un enfant achondroplasique. L'hérédité peut se manifester autrement: par exemple, par une prédisposition familiale au rachitisme congénital. Il est encore une autre maladie fœtale des os, dans laquelle il y a seulement fragilité et mollesse des os sans changement notable de leur forme. Ce type morbide a été appelé par quelques auteurs *ostéogenèse imparfaite*, *ostéopsathyrosis idiopathique*; mais cette maladie peut coïncider avec les deux formes hypo et hyperplasique du rachitisme fœtal. L'ostéogenèse imparfaite n'est pas nécessairement incompatible avec la vie extra-utérine, elle prédispose seulement à de fréquentes fractures, et la guérison peut être complète. Le rachitisme fœtal et l'hydropisie peuvent coïncider chez le même sujet, et sont probablement dus à la même cause. Quelle est cette cause, nous ne le savons pas, mais on peut supposer que c'est quelque obstacle à la nutrition du fœtus survenant à une période précoce de la vie intra-utérine. E. Kaufmann (99), après une étude complète du sujet, se déclare incapable de trouver aucune cause à ces maladies fœtales des os qu'il groupe sous le même nom de *chondro-dystrophie fœtale*.

Ascite fœtale. — Comme beaucoup d'autres maladies de la vie intra-utérine, l'ascite fœtale est beaucoup plus grave que celle qui survient pendant la vie extra-utérine. La distension abdominale peut être si considérable que le reste du corps du fœtus semble n'être plus qu'un appendice de l'abdomen. Dans ces cas, on a trouvé jusqu'à 5 ou 6 litres de liquide dans la cavité péritonéale et il n'est pas difficile de comprendre combien l'accouchement compliqué d'ascite du fœtus est à la fois pénible et dangereux. L'hydramnios complique environ $\frac{1}{3}$ des cas d'ascite, si l'on s'en rapporte aux recherches statistiques de W. Fordyce (119). L'ascite chez le fœtus est le plus souvent due à la péritonite, car, la circulation portale étant rudimentaire, il est peu vraisemblable que son obstruction puisse déterminer un épanchement dans la cavité péritonéale. Chez l'adulte, au contraire, l'ascite est habituellement occasionnée par l'obstruction du système porte et rarement par de la péritonite. L'ascite du fœtus peut coïncider avec des malformations des organes génito-urinaires et les deux lésions, ascite et malformations,

résultent probablement toutes deux de la péritonite fœtale. Les enfants ainsi atteints vivent rarement plus de quelques heures. Dans un grand nombre de cas, on a été obligé de ponctionner l'abdomen pour rendre possible l'accouchement.

Péritonite du fœtus. — Comme nous venons de le voir, l'ascite chez le fœtus résulte le plus souvent d'une péritonite. Mais il convient d'ajouter qu'il peut y avoir péritonite sans épanchement. Ce type de péritonite sèche est probablement la cause d'une grande partie des anomalies de position et de forme des viscères. Mais il faut reconnaître que parfois aussi l'inflammation peut être secondaire aux anomalies. J'ai observé un cas (125) dans lequel l'enfant présentait à la naissance à la fois des signes d'ancienne et de récente péritonite sèche. Les anses intestinales étaient adhérentes entre elles et au foie par l'intermédiaire de fausses membranes, et les trompes, ainsi que l'ovaire, étaient intimement unies au cæcum par de fortes brides du tissu conjonctif. On ne put trouver dans l'observation aucun fait expliquant la maladie et les nouvelles poussées survenues peu de temps avant la naissance. On a supposé que la péritonite du fœtus était une manifestation de la syphilis. Sans doute les deux maladies sont fréquemment associées, mais la péritonite peut être produite également par la gonorrhée de la mère, par une infection, ou par un traumatisme. Elle n'amène pas nécessairement la mort de l'enfant, mais les lésions qui lui sont associées rendent souvent impossible la vie ultérieure du petit malade. Elle peut être associée, soit avec l'hydramnios, soit avec l'oligoamnios.

Oblitération congénitale des voies biliaires. — Quelquefois on voit un enfant présenter, peu de temps après la naissance, un état ictérique très marqué. Cet ictère ne cède pas au traitement, mais devient de plus en plus intense jusqu'à ce que survienne la mort. Dans ces cas, la coloration verte du méconium manque; il y a des vomissements, des convulsions et des hémorragies. L'autopsie révèle habituellement une obstruction ou une oblitération des voies biliaires et souvent aussi une absence de la vésicule. Cette maladie a été bien étudiée par J. Thomson (128). Selon lui, l'état des voies biliaires serait dû à une malformation primitive. Mais la plupart des auteurs le considèrent comme secondaire à une péritonite. La mort survient habituellement en une ou deux semaines. Cependant on a rapporté des cas dans lesquels la vie s'était prolongée pendant six mois.

Distension de la vessie, etc. — Une des causes d'augmentation de volume du ventre du fœtus est la distension de la vessie, avec ou sans dilatation des uretères et dégénérescence kystique des reins. Cette distension est souvent associée avec la péritonite comme dans un cas que j'ai publié en 1895 (118). D'autres fois, elle paraît causée par une oblitération partielle ou complète de l'urètre, siégeant habituellement près du méat. Le plus souvent la distension de la vessie coïncide avec un certain nombre d'autres anomalies des organes génito-urinaires. Lorsque la distension de la vessie et des uretères est modérée, elle peut guérir. Mais la plupart des cas, même ceux dans lesquels l'oblitération de l'urètre est incomplète, se terminent par la mort au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, par suite des lésions rénales. Il peut y

avoir dilatation des uretères seuls; on trouve alors ordinairement une oblitération siégeant dans l'uretère lui-même. L'affection peut s'accompagner soit d'hydramnios, soit d'oligoamnios.

J'ai vu un cas de distension de la vessie dans lequel il y avait aussi une grande hypertrophie des parois de l'organe; cependant, il n'y avait pas d'oblitération de l'uretère. En pareil cas, on doit admettre que l'hypertrophie est difficilement explicable; mais, peut-être, est-elle due à une action musculaire excessive de nature spasmodique irrégulière, affectant un tissu inachevé.

Cette explication a été proposée pour d'autres hypertrophies trouvées quelquefois chez les nouveau-nés: sténose congénitale du pylore (141 a). Ces états, aussi bien que l'hypertrophie du colon, sembleraient constituer (141 g) un groupe spécial de maladies fœtales qui peuvent être appelées fonctionnelles.

Ashby a rapporté un cas de néphrite dans lequel il semblerait que l'inflammation du rein était survenue quelque temps avant la naissance (141 h).

Goitre congénital. — Goitre congénital, ou strume congénitale, est le nom donné à l'augmentation de la glande thyroïde survenant chez le fœtus. L'augmentation glandulaire peut varier de volume depuis les dimensions d'un œuf de poule à celles d'une tête fœtale, et elle peut être de nature kystique, adénomateuse, ou congestive. La tuméfaction cervicale ainsi produite peut causer une mauvaise présentation et compliquer le travail; si l'enfant peut naître vivant, il ne tarde pas ordinairement à mourir de compression trachéale, mais dans quelques cas le goitre s'est atrophié et l'enfant a survécu. C'est un fait remarquable que cinq cas aient été rapportés dans lesquels le goitre fœtal est survenu après l'administration de chlorate de potasse à la mère pendant sa grossesse (26 b). Parfois aussi, la mère goitreuse donne le jour à un fœtus goitreux; le goitre fœtal, pour cette raison, se trouve sur la frontière qui sépare les maladies idiopathiques et les maladies transmises des enfants avant la naissance.

Prolapsus congénital de l'utérus. — Assez de cas ont été rapportés pour prouver qu'une réelle chute de l'utérus peut se rencontrer à la naissance ou très peu de temps après. J'ai vu deux de ces cas (141 i). Le col de l'utérus est visible à la vulve et peut montrer un peu d'hypertrophie; il peut y avoir en même temps prolapsus de la muqueuse rectale. Dans une grande proportion des cas rapportés, y compris les deux que j'ai vus moi-même, il y avait un spina bifida de la région lombo-sacrée; il est probable, donc, que le déplacement de l'utérus dépend d'une anomalie nerveuse. Le col utérin exposé à l'air peut s'ulcérer; mais il est certain que, si l'organe prolapsé est maintenu dans sa position normale par un bandage, le déplacement cessera d'être gênant. En général, cependant, la malformation vertébrale est fatale, et ainsi il n'y a que peu de chance de suivre l'observation de ces cas. Il serait intéressant de savoir si le prolapsus utérin chez les femmes adultes célibataires ne serait pas en rapport avec cette forme congénitale.

Maladies fœtales transmises. — Des maladies transmises des parents au fœtus, la syphilis est la mieux connue et probablement la plus impor-

tante; mais, la syphilis fœtale ayant été déjà entièrement étudiée dans le premier volume de cet ouvrage par P. Gastou, je passe à l'étude des autres maladies transmises.

Des fièvres chez le fœtus. — Le fœtus, dans l'utérus, peut être affecté de petite vérole, rougeole, scarlatine, varicelle, fièvre typhoïde, influenza et érysipèle. Dans la plupart des cas, la mère est également atteinte de la maladie, mais il ne paraît plus douteux que le fœtus puisse être infecté sans qu'on observe la maladie chez la mère, celle-ci ayant été immunisée par une atteinte antérieure. De mes observations personnelles de rougeole et de scarlatine intra-utérines (155) je conclus que le fœtus s'infecte en même temps que la mère, ou très peu de temps après. Il est du moins nécessaire de le supposer, étant donné le parallélisme de l'évolution de l'affection chez la mère et chez le fœtus, parallélisme montré par ce fait que la maladie en est à la même période chez tous les deux, lorsque survient la naissance de l'enfant. La seule autre explication possible consisterait à supposer que la période d'incubation est notablement raccourcie chez le fœtus, ce qui est assez peu probable. Dans certains cas, entre autres dans la fièvre typhoïde, la maladie dont est atteint le fœtus est plutôt une septicémie qu'une infection vraiment spécifique (149). Il est en effet rare de trouver chez le fœtus les lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde — fait qui est peut-être dû à l'état de repos relatif où se trouve l'intestin avant la naissance. Souvent encore, le fœtus peut être tué par la virulence de la fièvre, avant que les caractères typiques aient eu le temps d'évoluer. Il faut ajouter que quelquefois le fœtus semble échapper complètement et que, dans un petit nombre de grossesses gémellaires, on a vu l'un des fœtus être atteint tandis que l'autre restait indemne. Le principe des prédispositions et particularités individuelles existe donc, même avant la naissance.

Les lésions cutanées des exanthèmes tels que la rougeole, la scarlatine, la variole, la varicelle et l'érysipèle diffèrent peu chez le fœtus de ce qu'on observe après la naissance, et les différences légères sont sans doute dues au milieu intra-utérin. L'éruption de la variole, par exemple, ressemble à celle qu'on observe sur les muqueuses — fait attribuable à l'influence de la macération dans le liquide amniotique. Pour la même raison, il y a rarement formation de croûtes, et les cicatrices consécutives sont peu marquées. L'éruption, en outre, affecte très peu la face, ce qui est peut-être dû à l'absence de lumière. Dans les cas de rougeole, scarlatine et érysipèle, il est probable que l'exanthème est souvent méconnu, ou est pris pour l'érythème plus ou moins normal des nouveau-nés, avec sa desquamation consécutive.

L'origine de l'endocardite fœtale est un sujet sur lequel on a beaucoup discuté. Mais Bidone (142) a démontré qu'elle est, du moins dans certains cas, d'origine septique. Dans le cas d'une femme atteinte d'érysipèle pendant sa grossesse, on trouva après la naissance que l'enfant avait été atteint d'endocardite streptococcique. La femme elle-même mourut de péritonite septique, dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement. Bidone pense que les streptocoques de l'érysipèle maternel avaient traversé le