changer aisément et promptement. On doit mettre dans cette toilette la plus grande célérité, afin que la femme soit exposée à l'air le moins longtemps possible. Il faut mettre un soin particulier à bien vêtir les bras et la poitrine, afin qu'elle puisse, pendant le jour au moins, les tenir hors du lit sans trop d'inconvénients.

Après tous ces préparatifs, la femme sera transportée dans le lit où elle doit rester pendant toutes les couches. Il en est qui, se sentant bien, veulent marcher de leur lit de misère à leur lit : c'est une imprudence à laquelle l'accoucheur doit s'opposer de toute son autorité. Le lit dans lequel on la transporte a été préalablement chauffé et garni d'alèzes suffisantes et disposées de manière qu'on puisse les changer facilement. Les couvertures n'en doivent pas être plus nombreuses ni plus épaisses que celles qui le garnissaient avant l'accouchement.

On a l'habitude d'entourer l'abdomen avec un bandage de corps modérément serré. Les femmes attachent, pour la plupart, une grande importance à cette précaution qui, dans leur idée, doit les mettre à l'abri des rides et des plis qui existent après l'accouchement sur la peau du ventre, et empêcher celui-ci de rester trop volumineux. On peut céder à ce désir, d'autant plus volontiers que ce bandage, modérément serré, supplée à la pression que les parois abdominales n'exercent plus, qu'il prévient l'afflux et la stase des fluides, l'engorgement des parois utérines et la dilatation de la cavité de ce viscère, qu'il a enfin l'avantage d'obvier aux syncopes et de diminuer un peu les tranchées utérines. Mais, pour qu'il ait tous ces avantages, il faut qu'il soit assez large pour comprimer bien également toute la région sous-ombilicale. Il faut surtout éviter qu'en se roulant sur lui-même, il ne forme une espèce de corde circulaire qui, s'opposant au retour facile des liquides, deviendrait alors la cause d'hémorrhagie.

Le bandage du corps peut être avantageusement remplacé par un drap plié que l'on applique à plat sur l'abdomen qu'il comprime doucement par son poids qui est assez considérable.

Quelques femmes, mues toujours par un sentiment de coquetterie, et dans le but de prévenir le gonflement considérable des mamelles, et leur mollesse et leur flaccidité qui en sont la conséquence, veulent aussi les comprimer par un bandage de corps assez fortement serré. Quelques-unes même appliquent sur leurs seins des topiques astringents, dans le but de s'opposer à une sécrétion laiteuse trop abondante. Ce sont des moyens qu'il faut proscrire d'une manière absolue, car ils peuvent être très-dangereux. On doit se contenter de recouvrir ces organes de manière à les mettre à l'abri du contact de l'air, et d'y entretenir une chaleur convenable.

ARTICLE II

SOINS A DONNER A L'ENFANT IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE

Les soins à donner à l'enfant nouveau-né varient suivant qu'il est fort, vigoureux, bien portant, ou, au contraire, qu'il est né dans un état de faiblesse ou de maladie.

§ I. — L'enfant est bien portant.

Lorsque l'enfant est sorti vivant et bien portant du sein de sa mère, si l'on continue d'observer ce qui se passe en abandonnant la délivrance à la nature, on voit que la circulation continue quelques instants entre l'enfant et le placenta. Bientôt le placenta est détaché et expulsé ; il perd sa vitalité ainsi que le cordon ; la circulation s'affaiblit peu à peu, et les pulsations des artères cessent graduellement à partir du placenta : quelques auteurs ont conseillé d'attendre ce moment pour couper le cordon; mais la délivrance spontanée se faisant attendre trop longtemps, on a l'habitude de pratiquer cette section immédiatement après la naissance. Voici, du reste, la conduite que l'on suit à cet égard : lorsque l'enfant est complétement hors des parties de la mère, si le cordon est entortillé autour du cou ou du tronc, on le dégage, puis on place l'enfant sur le côté, le visage tourné du côté opposé à la vulve, pour qu'il puisse respirer, et ne coure pas le risque d'être suffoqué par les liquides qui s'échappent du vagin. On coupe ensuite le cordon ombilical à cinq ou six travers de doigt de l'abdomen. Cette section est ordinairement pratiquée avec des ciseaux. On pourrait la faire avec un instrument tranchant quelconque.

Cette section une fois opérée, le cordon est légèrement pincé entre le pouce et l'indicateur; les trois autres doigts saisissent le siége, et l'autre main se place sous les épaules et la nuque de l'enfant, que l'on emporte hors du lit. On le place sur les genoux de la garde préparés pour le recevoir. On peut alors l'examiner à loisir, s'assurer qu'il n'existe aucune anse intestinale à la base du cordon, laisser saigner celui-ci, si on le juge convenable, avant d'appliquer la ligature. On peut se servir, pour cette ligature, d'un ruban ou d'un cordonnet de 20 à 25 centimètres de longueur, fait avec quelques brins de gros fil. Avant de l'appliquer, on réduirait l'intestin, s'il existait une hernie ombilicale. Elle doit être placée à deux, trois ou quatre travers de doigt de la surface de l'abdomen; la seule précaution à prendre, c'est que le lien ne porte pas sur la peau qui se prolonge sur le cordon; car il en résulterait de la douleur, une inflammation et une ulcération dont la guérison peut offrir des difficultés. Il vaut mieux, en général, laisser entre la ligature et le repli cutané assez d'espace pour pouvoir, au besoin, appliquer une seconde ligature, si la première devenait insuffisante. Il faut donner à la ligature le degré de constriction suffisant pour oblitérer d'une manière complète et permanente les artères, sans couper leurs parois. Si le cordon était très-épais, très-infiltré, la ligature étreindrait mal les vaisseaux; et quand le cordon serait affaissé par l'écoulement ou l'évaporation des parties fluides, les vaisseaux n'étant plus comprimés, laisseraient facilement couler le sang. En outre, cette lymphe, en se putréfiant bientôt, répandrait une odeur très-fétide, et irriterait la peau avec laquelle elle se trouverait en contact; c'est donc avec raison que, pour prévenir ces accidents, les auteurs conseillent d'exprimer cette lymphe visqueuse en pressant, en faisant glisser le cordon entre les doigts, et même de pratiquer des mouchetures sur la membrane du cordon,

mais en évitant avec soin la lésion des vaisseaux. Enfin, si le cordon était très-gros, on pourrait, après le premier nœud, renverser pour plus de sûreté le cordon en arrière, et le comprendre dans un second nœud.

Dans la grossesse multiple, il faut, après la section du cordon du premier-né, appliquer aussi une ligature sur son extrémité placentaire. Cette ligature est le plus souvent, il est vrai, une précaution inutile; mais il suffit que, dans quelques cas très-exceptionnels, où il existe une communication entre les ramifications vasculaires des deux placentas, elle puisse prévenir une hémorrhagie, à laquelle succomberait assez rapidement le second enfant, pour qu'on ne doive, dans aucun cas, s'en dispenser.

De nombreuses discussions se sont élevées pour savoir si la ligature du cordon ombilical était absolument indispensable; s'il fallait pratiquer d'abord la ligature avant la section, ou couper le cordon avant de le lier. Il est infiniment probable qu'après l'établissement régulier de la respiration, la circulation des vaisseaux ombilicaux s'arrêterait spontanément, et que, dans l'immense majorité des cas, la ligature est à peu près inutile; mais il suffit que, dans quelques cas probablement exceptionnels, une hémorrhagie ait eu lieu par le cordon non ou mal lié, pour qu'une précaution aussi simple ne soit pas négligée. Quant à la seconde question, la conduite que nous avons tracée nous paraît préférable.

Il faut ensuite nettoyer la surface du corps de l'enfant de la matière cérumineuse qui la recouvre, du sang et des impuretés qui s'y sont attachés à l'instant de l'accouchement. Cette matière cérumineuse s'enlève mal par de simples frottements pratiqués avec des linges secs. On délaye d'abord cette substance avec de l'huile ou du beurre bien frais, puis on l'essuie doucement; du jaune d'œuf aurait le même avantage, et, de plus, celui de rendre cette matière miscible à l'eau. Pour enlever le sang et les autres impuretés, on emploie ordinairement de l'eau mêlée avec du vin, ou un bain simple dans lequel on plonge l'enfant. La température du bain doit être de 28 degrés à peu près.

L'enfant, bien lavé, bien épongé, bien essuyé, doit être habillé; mais auparavant le médecin doit envelopper lui-même le cordon ombilical dans une compresse destinée à cet effet. Cette compresse est tout simplement un linge fin de forme carrée, au centre duquel on pratique une ouverture assez grande pour que le cordon puisse facilement y passer. Après avoir fendu l'une de ces moitiés depuis ce trou jusqu'à son bord, on loge la racine du cordon dans l'échancrure qui en résulte; puis la portion pleine de cette petite compresse reste en dessous, et les deux moitiés de la portion divisée sont renversées et croisées par devant. On place le tout à la partie supérieure et gauche de l'abdomen. Une seconde compresse souple et carrée recouvre la première; une bande large de trois ou quatre doigts, et assez longue pour faire deux fois le tour du corps, maintient tout ce petit appareil.

Avant d'envelopper le cordon, on avait déjà commencé de vêtir l'enfant, on lui avait déjà couvert la tête, les bras et la poitrine. Le reste du vêtement doit être chaud, souple et médiocrement serré. En France, il se compose d'une camisole, petite brassière de laine, garnie d'une chemisette souple qu'on fixe par

derrière avec des épingles, puis d'un lange de toile et d'un autre de laine et de coton. Les Anglais enveloppent leurs enfants seulement d'une longue robe, ou d'une espèce de sac de flanelle.

Avant de vêtir l'enfant, le médecin doit s'assurer qu'il n'est affecté d'aucun vice de conformation. Pendant le trois ou quatre premiers jours qui suivent la naissance, il doit surveiller très-attentivement l'excrétion des urines et du méconium. L'expulsion du méconium se fait quelquefois attendre trois ou quatre jours : quand on est sûr que l'enfant est bien conformé, on la facilite par un bain tiède. La rétention prolongée du méconium indique aussi l'emploi d'un doux laxatif, tel que le petit-lait, le sirop de violettes, l'huile d'amandes douces, la manne. On emploie plus généralement le sirop de chicorée composé, ou sirop de rhubarbe composé, soit seul, soit mêlé avec l'huile d'amandes douces, à la dose de 8, 16 ou 24 grammes dans la journée. Quelques personnes veulent même administrer ces petits médicaments à tous les enfants sans distinction, surtout à ceux qui sont allaités par une nourrice étrangère; et cela pour suppléer, dit-on, au colostrum ou premier lait de la mère, dont l'action légèrement purgative a pour résultat de déblayer le canal intestinal. L'eau tiède et sucrée que l'on donne à l'enfant le premier jour suffit le plus souvent pour faciliter l'expulsion du méconium et des fluides visqueux qui obstruent quelquefois l'arrière-bouche et l'estomac.

Toutes les questions qui se rattachent à l'hygiène des enfants et à l'allaitement seront examinées dans un chapitre spécial.

§ II. — L'enfant est faible ou malade.

Nous venons d'examiner les soins à donner à l'enfant quand il est bien portant; mais il arrive très-souvent qu'au moment de la naissance le fœtus est dans un grand état de faiblesse ou même de mort apparente, qui serait bientôt suivie de la mort réelle, si des soins convenables n'étaient administrés.

Cet état de mort apparente se montre sous deux aspects différents, décrits par la plupart des accoucheurs sous le nom d'apoplexie et d'asphyxie des nouveau-nés. Depuis longtemps déjà quelques accoucheurs anglais et allemands ont rejeté ces dénominations comme caractérisant mal les états pathologiques auxquels on les appliquait. M. P. Dubois, dans un article plus récent, après avoir fait remarquer que le caractère anatomique le plus constant de l'apoplexie chez l'adulte manque de ce qu'on a appelé l'apoplexie du fœtus, et que des différences énormes existent entre les symptômes de l'asphyxie chez l'adulte et ceux de l'état asphyxique du nouveau-né, conclut aussi qu'on a eu tort de donner le même nom à des états dissemblables : avec M. Nægele il désigne sous le nom de *mort apparente* l'état de l'enfant nouveau-né sur lequel on ne voit aucun signe de vie, et sur lequel on ne reconnaît aucun de ceux de la mort.

Les deux termes de cette définition sont évidemment contradictoires, puisque la mort est caractérisée par l'absence complète des signes de la vie. Pour nous, la mort apparente est un état dans lequel, malgré l'abolition des actes de la vie

animale, il reste au mo ns quelques-unes des fonctions de la vie organique et nécessairement les battements du cœur.

En examinant avec soin les symptômes de la mort apparente des nouveau-nés, tantôt on voit qu'elle est accompagnée par la rougeur vive de la face et de la partie supérieure du corps, la saillie et l'injection du globe oculaire, le gonflement du visage dont la peau offre çà et là des taches bleuâtres; tantôt on est frappé par la décoloration de la peau et la flaccidité des chairs. Dans le premier cas, la tête est gonflée, extrêmement chaude, les lèvres gonflées et d'un bleu foncé; les yeux sortent de la tête, la langue est collée au palais; souvent la tête est allongée, dure, le visage un peu gonflé; les battements du cœur, quelquefois encore assez forts et distincts, sont d'autres fois très-obscurs et très-faibles; le cordon ombilical est quelquefois gorgé de sang.

Dans le second, l'enfant est d'une pâleur mortelle; les membres sont pendants et flasques; sa peau est décolorée, et souvent souillée par du méconium; les lèvres sont pâles, la mâchoire inférieure est pendante; le cordon ombilical palpite faiblement ou point du tout, les battements du cœur sont très-affaiblis. Souvent un enfant dans cet état remue encore au moment de la naissance et crie; mais il retombe aussitôt après dans l'état de mort apparente.

Ces différences dans les caractères physiques des enfants nés dans un état de mort apparente peuvent tenir sans doute à des causes diverses; mais souvent aussi ils appartiennent seulement à un degré plus ou moins avancé du même état pathologique, et l'on a eu tort de vouloir en faire absolument les signes caractéristiques de lésions très-différentes. Aussi, quoique convaincu que dans quelques cas ils doivent modifier profondément le traitement, et que, sous ce rapport, il est important d'en tenir compte, je ne crois plus pouvoir en faire la base de distinctions nosologiques, vraiment impossibles à justifier. L'expression de mort apparente, ne préjugeant rien sur la nature et la cause de cet état, mérite par cela même d'être conservée.

Pour être compris dans ce que nous allons dire de la mort apparente des nouveau-nés, nous croyons devoir exposer très-brièvement le mécanisme suivant lequel s'établit la respiration aussitôt après la naissance.

Tous les physiologistes s'accordent à admettre que la moelle allongée ou bulbe rachidien est le foyer central et le régulateur des mouvements respiratoires de l'adulte. C'est également d'elle que part l'excitation motrice de la première inspiration.

Marshall-Hall a essayé de montrer par des expériences que la première inspiration résultait d'une action réflexe (1) produite par l'excitation que les nerfs de

(1) Une impression faite à nos organes peut, en parcourant des voies différentes dans la masse cérébro-spinale, donner lieu à des mouvements de nature distincte. Ainsi tantôt transmise à l'encéphale directement par les nerfs sensitifs crâniens, ou indirectement par les nerfs de la moelle épinière, elle va s'élaborer dans la région encéphalique où réside le *sensorium commune*, s'y transforme en sensation, et par conséquent arrive à la connaissance de l'animal qui peut réagir par des mouvements volontaires; tantôt également transmise par les nerfs sensitifs, soit à l'encéphale, soit à la moelle épinière, cette impression occasionne, sans se transformer nécessairement en sensation, une excitation

la surface du corps, et en particulier le trifacial, recevaient du contact de l'air extérieur, et que la respiration, une fois établie, continuait sous l'influence de l'action réflexe due à l'irritation du nerf pneumogastrique par le contact de l'air introduit dans le poumon.

Les mouvements respiratoires, suivant le même physiologiste, peuvent aussi s'opérer sous l'influence d'autres causes : telles sont, par exemple, les modifications imprimées à la moelle allongée par une grande perte de sang, et les excitations que produit sur elle le contact du sang veineux. Tous les mouvements respiratoires de l'asphyxie incomplète rentrent dans cette dernière catégorie.

Dans les cas normaux où le fœtus, n'ayant nullement souffert pendant le travail, a conservé intacte sa sensibilité cutanée, l'irritation produite par le contact de l'air extérieur sur les nerfs cutanés se transmet à la moelle allongée, et celle-ci à son tour, agissant sur les nerfs inspirateurs, produit les mouvements respiratoires.

Mais que, au moment de sa naissance, le fœtus ait été, depuis un certain temps, privé des éléments respiratoires qu'il puise dans le placenta, ou que celui-ci, étant décollé immédiatement après l'expulsion de l'enfant, un obstacle quelconque s'oppose à l'introduction de l'air dans les bronches, il y a, dans les deux cas, commencement d'asphyxie; le sang non oxygéné irrite par son contact la moelle allongée, et cette irritation transmise aux nerfs inspirateurs peut encore solliciter les mouvements respiratoires des muscles de la face, de la poitrine, de l'abdomen, et produire enfin une première inspiration (1). Le moteur central sera bientôt remplacé par l'action réflexe des ramifications des nerfs pneumogastriques irritées par l'air introduit dans les poumons, et la respiration continuera sous l'influence de l'action réflexe.

Lorsque, par suite de la compression du cordon ou du décollement du placenta, le fœtus est menacé d'asphyxie dans les derniers temps de la grossesse ou pendant le travail, les mouvements convulsifs et les efforts respiratoires précèdent sa mort: aussi les mères disent alors qu'après avoir beaucoup remué, leur enfant a cessé tout à coup de se mouvoir ; et Béclard a vu un fœtus renfermé encore dans sa poche intacte, faire des mouvements inspiratoires, et inspirer de l'eau au lieu d'air. C'est ainsi encore que, dans certaines positions de la face, le fœtus a pu respirer, quoique renfermé encore dans le sein de la mère; et le vagissement

immédiatement réfléchie sur les nerfs moteurs, d'où des mouvements dits *réflexes*, à la production desquels la volonté n'a aucune part.

La puissance qui donne ainsi lieu à des mouvements sans la participation de la volonté, a été considérée comme une faculté spéciale de l'axe cérébro-rachidien, et désignée sous le nom de *pouvoir*, *faculté* ou *propriété réflexe*.

(1) Marshall-Hall enlève le cerveau à un jeune chat; il coupe les nerfs pneumogastriques, et ouvre la trachée-artère; il voit la respiration se ralentir, mais continuer avec régularité. S'il bouche l'ouverture faite à la trachée, la scène change aussitôt: l'animal ouvre sa bouche largement, fait de violents efforts d'inspiration et offre quelques mouvements convulsifs. S'il rouvre la trachée, la respiration devient aussi régulière qu'auparavant; s'il la ferme, les phénomènes d'asphxyie se reproduisent; dans les deux cas, c'est évidemment dans la moelle qu'est l'excitation de la respiratien, puisque la destruction du cerveau, la section des pneumogastriques, rendent impossible l'action réflexe.

utérin qui suppose toujours une inspiration antérieure, ne peut s'expliquer que de la même manière. Dans tous les cas, en effet, le sang non oxygéné a irrité la moelle allongée, et celle-ci à son tour transmet cette irritation aux nerfs inspirateurs. L'action réflexe ne peut en aucune façon être invoquée.

Gardons-nous toutefois de confondre ces deux excitateurs de l'inspiration. Le premier est l'excitant naturel ; l'autre est toujours pathologique et seulement destiné à suppléer le stimulus normal. Or, toute action pathologique n'est qu'un effort pour accomplir un acte physiologique devenu difficile ou impossible ; et s'il peut, dans quelques cas, rappeler un enfant à la vie, il peut, dans beaucoup d'autres, être insuffisant.

Souvent, en effet, l'enfant qui naît dans un état de demi-asphyxie à la suite d'un travail pénible, fait quelques brusques et violents mouvements d'inspiration, mais succomberait assez vite, si l'action réflexe n'était mise en jeu, et si celle-ci ne remplaçait bientôt complétement l'excitant pathologique qui tout à l'heure agissait seul sur la moelle allongée... Comme dans cet état la sensibilité émoussée de la peau n'est plus suffisamment excitée par l'air extérieur, des moyens particuliers doivent être employés tant qu'il en est temps encore pour réveiller l'action excito-motrice des nerfs cutanés, et lorsque l'asphyxie n'est pas trop avancée, ils sont suivis de succès. Mais lorsque l'enfant est très-faible et petit, ou que les causes d'asphyxie ont trop longtemps fait sentir leur influence, les contractions des muscles inspirateurs sont faibles et éloignées ; elles cessent bientôt complétement, le cœur cesse de battre, l'enfant est mort. Si, lorsque le cœur bat encore, on parvient à réveiller l'action réflexe des muscles inspirateurs, on produit un brusque mouvement inspiratoire à chaque excitation, après lequel les phénomènes de l'asphyxie continuent comme auparavant : et l'enfant succombe, quoi que l'on fasse.

S'il est vrai que l'impression produite sur la peau du corps et du visage par le froid extérieur soit la première et l'unique cause de l'action réflexe de la moelle allongée sur les nerfs inspirateurs, et détermine ainsi la première inspiration, on comprend que toutes les circonstances propres à diminuer notablement ou à détruire la sensibilité cutanée retardent ou rendent impossible le premier effort inspiratoire, et placent le fœtus dans un état de mort apparente. Les causes de celle-ci sont donc toutes celles qui paralysent plus ou moins les centres nerveux, dont l'influence, complétement inutile à l'entretien de la vie fœtale, devient indispensable à l'établissement et à la prolongation de la vie extra-utérine.

Or, ces causes sont assez nombreuses ; et, à l'exception de quelques-unes, elles exercent toutes leur influence fâcheuse pendant les derniers temps du travail. Elles peuvent se diviser : 1° en lésions de la respiration ; 2° lésions de la circulation ; 3° lésions des centres nerveux. Les premières peuvent produire l'asphyxie à es degrés plus ou moins prononcés ; les secondes peuvent produire une hémorrhagie fatale à l'enfant ; les troisièmes, enfin, affectent directement les centres nerveux, et les rendent impropres aux fonctions qu'ils doivent remplir aussitôt après la naissance.

1° *Lésions de la respiration.* — Elles résultent toutes d'obstacles à la respiration. Ainsi, pendant le travail, on a signalé : la compression du cordon ombilical entre les parois du bassin et la tête et le tronc de l'enfant ; l'entortillement serré du cordon autour du cou ou d'une autre partie, entortillement qui peut tout à la fois gêner la circulation veineuse du cerveau et celle du sang dans les vaisseaux ombilicaux ; le décollement prématuré du placenta, qu'il soit on non inséré sur le col, décollement qui, entraînant toujours la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires, rend l'hématose fœtale tout aussi impossible que la compression du cordon ; la rétraction très-prononcée de l'utérus, lorsque, dans l'accouchement par le siége, la tête seule reste dans l'excavation, et l'enfant ne peut pas respirer ; car cette rétraction, portée au delà de certaines limites, rend à peu près imperméables au sang les vaisseaux utérins. Dans tous ces cas, l'asphyxie est évidemment le résultat de la suspension de la respiration placentaire : c'est le contact du sang noir qui, chez le fœtus comme chez l'adulte, asphyxie, paralyse l'action du cerveau.

Enfin, après la naissance, on comprend facilement que l'accumulation des mucosités dans le nez, la bouche et les voies aériennes, pouvant s'opposer à l'introduction de l'air dans les bronches, peut encore produire l'asphyxie ; mais ici le mécanisme en est absolument le même que chez l'adulte, puisqu'elle résulte d'un obstacle mécanique à l'introduction de l'air extérieur dans les vésicules pulmonaires.

Sous l'influence de l'une de ces causes, le fœtus peut naître dans un état de mort apparente, et présenter les symptômes très-différents que nous avons déjà mentionnés ; ainsi, dans la majorité des cas, la surface du corps paraît gonflée ; elle est d'un violet ou plutôt d'un bleu noirâtre ; cette coloration est plus marquée aux parties supérieures du corps, et surtout à la face. Les muscles sont sans mouvements ; les membres conservent leur flexibilité, le corps sa chaleur ; les pulsations du cordon, du pouls, celles mêmes du cœur, sont quelquefois obscures et peu sensibles.

A l'ouverture des cadavres, on trouve les vaisseaux de l'encéphale gorgés de sang, quelquefois aussi ce fluide est épanché à la surface des membranes ou dans l'intérieur même de la substance du cerveau. Le plus souvent, suivant M. Cruveilhier, l'épanchement est limité à la surface du cervelet ; quelquefois il recouvre les lobes postérieurs du cerveau. Rarement il occupe la cavité des ventricules. Dans tous les cas observés par M. Cruveilhier, il y avait dans l'arachnoïde vertébrale assez de sang pour distendre la dure-mère : c'est alors encore que l'on rencontre ces congestions du foie si communes chez les enfants naissants. Ces congestions, dit Billard, varient considérablement sous le rapport de la quantité de sang accumulé dans le tissu de l'organe ; il s'y trouve quelquefois en assez grande abondance pour donner lieu à une sorte d'exsudation sanguine à la surface du foie, dont la face convexe est, dans ce cas, teinte et humectée par une couche de sang répandu ou étalé en nappe. J'ai vu même, chez plusieurs enfants, un épanchement de sang dans l'abdomen résulter de cette turgescence. Les poumons sont aussi gorgés de sang.