

constaté la présence de vésicules; il sera seulement probable lorsque chez une femme habituellement bien réglée, des hémorrhagies à répétition surviennent en même temps qu'on constate que l'utérus présente un volume hors de proportion avec l'âge de la grossesse.

Traitement. — *Pendant la grossesse.* Tant que les accidents sont modérés, il faut se contenter de faire des injections vaginales antiseptiques. Si l'hémorrhagie est abondante, les injections vaginales chaudes modèrent l'écoulement sanguin.

On peut pratiquer le tamponnement vaginal, soit à l'aide de tampons d'ouate antiseptique, soit avec le ballon de Champetier de Ribes introduit dans le vagin.

Lorsque les hémorrhagies sont graves, on est autorisé à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré à l'aide des moyens ordinaires. Le ballon de Champetier de Ribes, outre l'avantage qu'il possède d'amener une expulsion rapide, produit une dilatation suffisante pour que l'accoucheur puisse avec la main explorer la paroi utérine; mais il présente un certain danger en raison même de la minceur de la paroi utérine: dans un cas observé par Champetier de Ribes (*in thèse de P. Ouvry*) une rupture interne se produisit sans qu'on puisse affirmer que cette rupture a été causée par le ballon ou par le tamponnement intra-utérin pratiqué pour hémorrhagie. P. Ouvry préfère le curetage instrumental pour vider l'utérus.

Pendant le travail. L'expectation suffit habituellement. Des injections chaudes sont faites pour modérer l'abondance de l'hémorrhagie et pour accélérer le travail.

Rarement on est obligé d'introduire la main pour extraire la môle; on ne doit se servir qu'avec une extrême prudence d'instruments (curettes, etc.), en raison de l'amincissement possible des parois utérines. Si la môle est expulsée, enveloppée d'une membrane épaisse, il est inutile d'explorer la cavité utérine; dans le cas contraire, on peut s'assurer soit avec les doigts, soit avec la curette qu'il ne reste pas de vésicules dans la cavité utérine.

Pendant les suites de couches on se contente des soins ordinaires; s'il y a de la fétilité des lochies, des accidents fébriles, on a recours à l'irrigation utérine continue ou intermittente.

La rupture de l'utérus peut se produire soit spontanément, soit à la suite d'une intervention. Dans les deux cas, en présence de signes graves d'hémorrhagie interne, il faut pratiquer la laparotomie et enlever l'utérus. C'est ce que Ch. Martin¹ a fait avec succès quatre heures après la rupture.

DU MYXOME NON VÉSICULAIRE

Cette affection, décrite pour la première fois par Virchow, consiste en une dégénérescence des villosités choriales qui aboutit à la formation de tumeurs composées de tissu fibreux et muqueux; tantôt le placenta est comme infiltré de petites tumeurs semblables, tantôt il y a une tumeur unique. « Les masses myxomateuses paraissent quelquefois enveloppées d'une

¹ *The Edinburgh med. Journ.*, mars 1896.

gaine qui permet de les séparer très nettement des parties saines. D'autres fois ces tumeurs font saillie à la surface du placenta et se pédiculisent (Breus). La dégénérescence du chorion atteint de myxome non vésiculaire a été considérée comme une cause d'avortement » (Tarnier et Budin). — La pathogénie de cette dégénérescence est encore mal connue: elle a été attribuée à l'endophlébite des vaisseaux des villosités (Hildebrandt), à une lésion de la caduque (Storch).

Dans un cas de Breslau et Eberth, le myxome s'était développé aux dépens du chorion dans toute l'étendue de l'œuf: il y avait sur toute la périphérie une couche de 4 à 5 millimètres d'épaisseur de tissu analogue à la gélatine de Wharton. La caduque était normale.

LÉSIONS DU CHORION EXTRA-PLACENTAIRE

Enfin, dans un cas signalé par Lebedeff, l'amnios s'était rompu pendant la grossesse, le chorion s'était épaissi, sa face interne était hérissée de nodosités nombreuses, petites, dont quelques-unes étaient renflées en massue à leur extrémité et semblaient pédiculisées.

4^e MALADIES DE L'AMNIO

Kystes. — Nous ne faisons que signaler les *kystes* de l'amnios qui se développent dans la couche de tissu lamineux que recouvre l'épithélium de l'amnios: des observations en ont été recueillies par Winkler, Ahlfeld, Budin. Ces kystes n'ont qu'un intérêt anatomique.

Adhérences et brides amniotiques. — Il n'en est pas de même des *adhérences* qu'on a constatées entre la peau du fœtus et l'amnios; ces adhérences sont plus ou moins étendues. D'après Dareste, elles résultent d'un défaut de développement de l'amnios; d'après d'autres auteurs, et en particulier d'après Simpson, c'est l'inflammation de l'amnios qui les produirait; cette dernière cause devrait surtout être invoquée lorsque les adhérences se produisent à une époque avancée de la grossesse. Les adhérences étendues ont une grande importance au point de vue de la pathogénie des monstruosités fœtales.

Cette influence est également manifeste pour les *brides amniotiques* qui s'étendent d'une région fœtale à l'amnios; ces brides présentent les plus grandes variétés d'aspect, d'étendue; tantôt elles s'étendent du fœtus à l'amnios en étant simples ou en présentant des divisions ou des épaississements, tantôt la bride s'est rompue, elle flotte par l'une de ses extrémités dans le liquide amniotique, l'autre extrémité restant attachée au fœtus ou à la face interne de l'amnios. La bride amniotique peut s'enrouler autour d'un membre, d'un doigt (fig. 571); dans d'autres cas elle se rapproche des parties fœtales qui doivent être normalement éloignées l'une de l'autre. C'est ainsi que dans un cas le coude était accolé au tronc (Livius Fürst).

Il est vraisemblable que les brides amniotiques sont un vestige des adhé-

rences de l'amnios au fœtus; si l'adhérence est résistante et étendue, il se produira fatalement une malformation fœtale. C'est ce qu'il est facile de



Fig. 569. — Fœtus présentant des malformations de la face et du crâne causées par des adhérences amniotiques. (Pièce recueillie à la Maternité et dessinée d'après nature.)

amniotique, qui, enserrant le cordon au voisinage de l'ombilic, le fixait près du placenta.

Dans certains cas les brides amniotiques ont un double effet : elles produisent la mort du fœtus par étranglement du cordon et déterminent des malformations. Pinard et Varnier en ont figuré et décrit (planche 27 de leur

constater sur la fig. 569 : la bride épaisse qui s'étend de la tête fœtale à l'amnios a produit des malformations multiples du côté de face et de la cavité crânienne. — Il a fallu également des adhérences très résistantes pour produire l'ectopie cardiaque et l'encéphalocèle pariéto-occipitale chez le fœtus, né dans

le service de Pinard à Lariboisière, qui est représenté fig. 570 et dont la description anatomique a été faite par A. Broca. (*Ann. de gynec.* 1887, t. XXII, p. 197). Si l'adhérence n'est pas solide, sous l'influence de la pression exercée par le liquide amniotique, l'adhérence amniotique va s'allonger, et constituer une bride qui aura grande chance de se rompre au cours de la grossesse. — Parfois la malformation fœtale produite par une bride amniotique persiste, alors que la bride n'existe plus ou flotte dans le liquide.

Dans un certain nombre de cas les brides amniotiques existent sans causer aucun trouble de la grossesse; dans d'autres elles amènent la mort du fœtus par les malformations produites ou par les strictions qu'elles exercent.

Si la bride, peu longue, adhère aux membranes qui recouvrent le placenta, celui-ci peut se décoller prématurément. Varnier nous a récemment montré un œuf qui avait été expulsé prématurément et dans lequel le décollement prématuré du placenta était dû à une brièveté accidentelle du cordon causée par une bride

Atlas) un bel exemple que nous reproduisons (fig. 571). Ce fœtus a été observé chez une tertipare qui expulsa un premier fœtus vivant, pesant 2200 grammes; dans les annexes on trouva une seconde poche contenant un jumeau macéré de 450 grammes. « Chez ce fœtus¹ la main gauche ne présente que trois doigts bien conformés : le pouce, l'index et l'auriculaire. Le



Fig. 570. — Fœtus présentant une encéphalocèle pariéto-occipitale et une ectopie extra-thoracique du cœur causées par des adhérences amniotiques. (Pièce recueillie à la Maternité de Lariboisière et dessinée d'après nature.)

médius est réduit à l'état de moignon. Quant à l'annulaire, il est étiré par une bride qui se continue directement avec son revêtement épidermique, et va, après un trajet de 4 centimètres environ, se confondre en s'effilant avec la gaine amniotique du cordon. Avant cela la bride forme autour d'une anse du cordon un nœud très serré (que l'on voit sur le petit dessin qui se trouve à droite de la figure) et qui l'étrangle au point de le rendre filiforme, mettant par conséquent un obstacle absolu à la circulation funiculaire.

¹ *Atlas d'anatomie obstétricale*, p. 56.

« La main droite présente également des malformations du médus et de l'annulaire, qui sont réduits à l'état de moignons de quelques millimètres de saillie. »
Quantité insuffisante de liquide amniotique. — Dans certains cas la



Fig. 571. — Placenta d'une grossesse double dans laquelle le premier fœtus (qui n'est pas figuré) est né vivant et dans laquelle le second fœtus était macéré; la mort de ce fœtus était causée par un étranglement du cordon dû à une bride amniotique. Le fœtus présentait en outre des malformations des doigts causées par des brides amniotiques (d'après Pinard et Varnier).

quantité de liquide amniotique est insuffisante ou de beaucoup au-dessous de la moyenne : cette particularité n'est pas sans inconvénients. Tarnier rapporte deux faits dans lesquels cette diminution de liquide a causé des déformations du fœtus dont les différentes parties étaient pour ainsi dire tassées, serrées les unes contre les autres dans la cavité utérine.

Il va de soi que cette anomalie rend le palper singulièrement difficile : dans un cas observé par Lepage chez une femme profondément albuminurique, il fut cependant possible de reconnaître la présentation du siège, mais la paroi utérine était si intimement appliquée sur le fœtus que la version par manœuvres externes ne put être faite. Pendant l'accouchement, il s'écoula à peine deux cuillerées de liquide : cet accouchement fait à sec est souvent suivi de lochies peu abondantes (couches sèches).

Hydramnios. — L'*hydropisie de l'amnios* (*hydro-amnios*, *hydramnios*) consiste dans l'abondance anormale du liquide amniotique; cette augmentation peut tenir à ce que le liquide amniotique est produit en plus grande quantité, ou plus rarement à ce que, la production restant normale, la résorption en est diminuée.

Il est difficile de préciser où commence l'hydramnios, puisqu'on ne sait pas pour chaque époque de la grossesse qu'elle doit être la quantité normale du liquide amniotique. On admet généralement qu'à terme l'œuf qui renferme plus d'un kilogramme de liquide amniotique est atteint d'hydramnios.

Fréquence. — Elle est variable suivant les différentes statistiques, puisque les auteurs n'ont pas de point de repère précis pour apprécier où commence l'hydramnios. Il faudrait distinguer les cas d'hydramnios en graves et légers, ceux dans lesquels la quantité de liquide est considérable, ceux dans lesquels la quantité de liquide est seulement exagérée; nous serions tentés, au risque de créer un néologisme, de dénommer les premiers *polyhydramnios*.

On observe en moyenne un cas d'hydramnios sur cent vingt-cinq accouchements; mais il est plus fréquent de voir une quantité de liquide amniotique exagérée sans que la femme en éprouve de malaise notable.

Causes et pathogénie. — Les causes de l'hydramnios sont multiples et parfois obscures comme sont multiples et encore obscures les sources du liquide amniotique.

Elles peuvent provenir : A. du fœtus; B. de la mère; C. de l'œuf.

A. Fœtus. — 1° *Nombre.* L'hydramnios est fréquente lorsqu'il y a plusieurs fœtus contenus dans la cavité utérine; elle ne porte généralement que sur l'un des deux œufs. Ribemont-Dessaignes a observé à la Clinique en 1881 une grossesse trigémellaire dans laquelle deux des œufs étaient atteints d'hydramnios considérable. Le troisième était normal.

De nombreuses raisons ont été données pour expliquer cette relation (développement exagéré de l'utérus, compression exercée par les fœtus l'un sur l'autre, communications entre les deux circulations fœtales, etc.). C'est cette dernière raison qu'il faudrait surtout invoquer d'après Frankenhauser : en raison de la communication des deux circulations fœtales, la pression sanguine de l'un des deux fœtus, étant plus forte que celle de l'autre, produirait une stase dans le système circulatoire de ce dernier.

2° *Malformations.* — Fréquemment dans les cas d'hydramnios, qu'il s'agisse de grossesses simples ou multiples, on trouve des fœtus présentant des malformations, sans qu'il soit possible de dire si l'hydramnios est ici

cause ou effet. — Toutes les malformations ont pu coïncider avec l'hydramnios (hydrocéphalie, anencéphalie, spina-bifida, bec-de-lièvre, pieds bots, vices de conformation du cœur, etc.).

5° *État physique.* — Il est très variable : dans 44 pour 100 des cas, Bar a noté que les enfants étaient vivants et bien constitués. Le volume de ces enfants est même fréquemment au-dessus de la moyenne (Pinard, Barbezieux). — Toutefois les enfants qui naissent de femmes chez lesquelles existe de l'hydramnios sont souvent morts et macérés; dans certains cas il est impossible de reconnaître la cause de la mort du fœtus; dans d'autres c'est la syphilis qui a exercé son action meurtrière. Les lésions hépatiques de la syphilis produisent, en effet, une augmentation de la tension dans la veine ombilicale.

B. MÈRE. — Certaines maladies de la mère, telles que l'albuminurie, une affection cardiaque, peuvent produire une augmentation de la quantité de liquide amniotique. La syphilis agit de deux façons : tantôt l'hydramnios est due à la syphilis maternelle elle-même, tantôt elle est liée aux lésions spécifiques du fœtus.

C. CŒUR. — Les anomalies du cordon qui amènent une stase dans la veine ombilicale peuvent causer l'hydramnios. Il en est de même de certaines lésions des membranes (amniotites, etc.) ou de certaines altérations du placenta (œdème, maladies des villosités choriales, dégénérescences fibro-graisseuses, etc.). — Les *foyers hémorragiques* du placenta ne semblent pas causer directement l'hydramnios; mais ils peuvent coexister, étant comme elle dus à l'albuminurie.

Symptômes. — Ils sont variables suivant la rapidité avec laquelle se produit l'exagération de la quantité de liquide amniotique, en un mot suivant que l'hydramnios se développe lentement ou qu'elle survient brusquement : d'où la nécessité de décrire séparément ces deux formes.

A. *Hydramnios à marche lente.* — Elle s'observe rarement avant le cinquième mois; dans certains faits cependant on l'a constatée dès le début de la grossesse.

La femme éprouve généralement des *douleurs* assez fortes qui siègent dans le ventre, dans les reins, au niveau des aines; ces douleurs sont continues ou intermittentes; elles ne s'accompagnent pas d'hyperthermie (Sallinger). Les *vomissements* surviennent et se reproduisent avec une ténacité plus ou moins grande. Les mouvements actifs du fœtus ne sont plus que faiblement perçus par la mère.

Le volume du ventre augmente progressivement et amène des phénomènes de compression qui varient d'intensité suivant l'abondance du liquide contenu dans la cavité utérine et suivant la rapidité avec laquelle se produit cette augmentation. L'*œdème* de compression peut être limité aux membres inférieurs ou envahir la paroi abdominale, et même la région lombaire. Dans certains cas il existe un peu d'ascite. — La distension de l'abdomen amène, par refoulement du diaphragme, de la gêne respiratoire, de la dyspnée; les femmes ont parfois des troubles très accusés de la respiration, et même des troubles cardiaques. — Les urines sont généralement diminuées de quan-

tité, épaisses, sédimenteuses; elles contiennent parfois de l'albumine; il existe de la constipation et une certaine gêne de la miction.

A l'examen, en dehors de certaines complications dont nous avons parlé (œdème, etc.), ce qui attire l'attention, c'est le défaut de proportion entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse. Lorsque l'utérus peut encore être facilement délimité, il présente à la main une *tension* presque constante : quand l'hydramnios est considérable, la paroi utérine vient s'appliquer contre la paroi abdominale et il est presque impossible de distinguer l'utérus.

Dans les cas moyens, un bon signe est la sensation, aisément perçue, de la fluctuation. Le fœtus est généralement très mobile : lorsque la quantité du liquide amniotique est seulement un peu exagérée, on obtient alors facilement la sensation du ballotement total ou partiel; mais la facilité même avec laquelle ont fait balloter le fœtus ne permet souvent pas de distinguer par ce seul signe l'extrémité céphalique de l'extrémité pelvienne.

Lorsque l'utérus est surdistendu ou bien encore lorsque le fœtus est mort, le palper ne donne que des renseignements incomplets sur la situation et même sur la présence du fœtus. L'auscultation a besoin d'être pratiquée avec soin : les bruits du cœur fœtal peuvent en effet n'être que faiblement transmis à l'oreille de l'observateur en raison de l'épaisseur de la couche liquide qui se trouve interposée. Aussi ne faut-il pas conclure d'emblée à la mort du fœtus, lorsqu'en pratiquant l'auscultation on ne perçoit pas les bruits du cœur.

Au toucher, le doigt constate que le segment inférieur est tendu; si la partie fœtale est un peu engagée, elle ballote avec grande facilité, et le doigt qui touche en est séparé par une certaine quantité de liquide interposé. Si la tension du segment inférieur est notable, il peut être impossible d'arriver sur une partie fœtale. Par suite de cette distension de l'utérus, le col peut être effacé avant tout début de travail et son orifice externe peut même rappeler la disposition de l'orifice utérin pendant la période de dilatation : le *col est déhiscent*. Cet état particulier du col, joint aux douleurs que ressent la femme atteinte d'hydramnios, peut faire croire à tort à un début de travail.

Il est facile d'éviter l'erreur en remarquant que la tension de l'utérus est permanente, que les bords de l'orifice externe, tout en présentant un certain écartement, sont épais, peu tendus, ne présentant pas le durcissement habituel au moment des douleurs; on s'appuie en outre sur les autres symptômes de l'hydramnios.

B. *Hydramnios à marche aiguë.* — Elle serait due, pour un certain nombre d'auteurs (Jacquemier, Sentex, etc.), à l'inflammation des membranes, et en particulier à une amniotite.

Le caractère alarmant des symptômes de l'hydramnios aiguë tient à la brusquerie avec laquelle se développe la maladie : le ventre prend en quelques jours un développement rapide, et les phénomènes de compression éclatent avec plus ou moins d'intensité, surtout du côté des appareils cardio-pulmonaires. Les vomissements sont fréquents et intenses, et l'alimentation devient très difficile. Les membres maigrissent, la face est émaciée. L'état

général peut devenir mauvais. La fièvre est assez rare, mais elle existerait, d'après Sallinger, Sentex, Charpentier.

Les douleurs sont très vives, irradient dans les lombes, les cuisses, et empêchent les femmes de prendre le moindre repos. Ces douleurs sont « extrêmes, ne cessent ni le jour ni la nuit, privant ainsi les malades de tout sommeil, mais présentent en plus des exacerbations par les mouvements. Les femmes ne savent comment se tenir. Le décubitus dorsal ne les soulage pas. La station debout est impossible, la station assise est aussi difficile que pénible » (Charpentier).

L'examen est souvent malaisé en raison des douleurs qu'éprouve la femme et de la tension extrême des parois utérine et abdominale : lorsqu'on peut délimiter l'utérus, il se présente sous la forme d'une tumeur à parois plus ou moins minces, tendues, dans laquelle on ne peut déterminer la fluctuation. Les différents procédés d'exploration peuvent être négatifs ou ne donner de résultats qu'au bout de quelques jours lorsque, sous l'influence du repos, du régime, l'hydramnios aiguë s'arrête dans sa marche et diminue. Dans d'autres cas, l'hydramnios ne fait que suivre une marche croissante et les troubles fonctionnels sont de plus en plus marqués en même temps que l'examen devient plus difficile.

Marche et pronostic. — Nous avons déjà vu quels étaient les principaux éléments du pronostic (quantité du liquide et rapidité d'évolution); d'une manière générale, le pronostic est bénin pour la femme, mais plus ou moins sérieux pour le fœtus. La statistique de P. Bar a montré combien il était relativement fréquent de voir naître des fœtus vivants et bien portants; d'ailleurs l'exagération du liquide amniotique peut n'être que temporaire. Il n'est point rare de constater vers le septième ou huitième mois de la grossesse l'existence d'une quantité notable du liquide amniotique, qui diminue peu à peu au point d'être normale au moment de l'expulsion du fœtus.

Lorsque au contraire l'hydramnios persiste et continue à augmenter, la contractilité de l'utérus peut s'éveiller et l'accouchement prématuré se produit. C'est une des raisons qui font de l'hydramnios une complication sérieuse pour le fœtus; il est en outre exposé par suite des présentations vicieuses, sans parler de la coïncidence fréquente de l'hydramnios avec la syphilis, la grossesse multiple et les monstruosité fœtales. Le pronostic est encore aggravé pour le fœtus dans les cas d'hydramnios aiguë, puisque la femme avorte ou accouche prématurément ou qu'on est obligé chez elle, en raison des accidents, d'interrompre le cours de la grossesse.

L'hydramnios amène des troubles divers du côté de l'organisme maternel; les plus graves sont ceux qui surviennent du côté de l'appareil pulmonaire. La fréquence des présentations vicieuses du fœtus peut augmenter la morbidité maternelle en raison des interventions opératoires qu'elles rendent nécessaires; la surdistension de l'utérus empêche le muscle de se contracter et de se rétracter; aussi n'est-il pas rare de voir le travail marcher lentement et des hémorrhagies survenir après l'expulsion du fœtus. La vie de la femme n'est cependant guère mise en danger par l'hydramnios, si cette complication

est diagnostiquée de bonne heure et si elle est traitée d'une manière rationnelle.

Diagnostic. — S'il est généralement facile, il présente dans certains cas une difficulté réelle.

Ce diagnostic comporte plusieurs points; il faut en effet reconnaître : 1° s'il y a grossesse; 2° si cette grossesse est compliquée d'hydramnios; 3° si cette grossesse est simple ou multiple; 4° quelle est la cause de l'hydramnios et quelle en est la variété (aiguë ou lente).

1° *Y a-t-il grossesse?* Cette question est résolue d'avance si, par un examen antérieur à la complication, on a constaté l'existence manifeste d'une grossesse; mais parfois, au moment où l'on examine la femme pour la première fois, les signes de certitude de la grossesse n'existent pas encore ou plutôt ne sont plus perceptibles, masqués qu'ils sont par l'abondance du liquide amniotique.

Il est certaines causes d'erreur qu'un clinicien évite facilement : par exemple la percussion bien faite empêche de confondre l'ascite avec l'hydroisie de l'amnios. Le diagnostic avec les tumeurs de l'abdomen présente plus de difficultés : le toucher permet souvent d'éviter l'erreur en faisant voir que la tumeur liquide est bien développée dans l'utérus. — Dans les cas douteux, où le diagnostic s'impose pour une intervention, le toucher intra-utérin lève tous les doutes en permettant de sentir les membranes et d'apprécier leur tension. C'est surtout l'hydramnios aiguë qui peut être confondue avec un kyste de l'ovaire dont le pédicule se serait tordu, avec une péritonite à forme tuberculeuse, avec des fibromes, avec la grossesse extra-utérine.

2° *Il y a grossesse; est-elle compliquée d'hydramnios?* Lorsqu'on a pu reconnaître l'existence d'une grossesse, il est déjà plus facile de savoir si le développement anormal du ventre est dû à la présence d'une tumeur de voisinage, d'une ascite, ou bien à l'existence d'une autre complication telle que grossesse extra-utérine, môle hydatique, excès de volume total ou partiel du produit de conception ou à la multiplicité des fœtus.

Un examen méthodique permet généralement de distinguer l'utérus gravide, même surdistendu par un excès de liquide, d'une tumeur de voisinage; la difficulté n'est réelle et parfois impossible à résoudre avant la déplétion de l'utérus que lorsque les deux complications sont concomitantes. Un bon signe consiste dans la sensation fournie par l'utérus d'un corps se contractant et se durcissant d'une manière intermittente.

La *grossesse extra-utérine* se distingue de l'hydramnios en ce qu'il est toujours possible par le toucher et le palper combinés de reconnaître à côté de la tumeur kystique plus ou moins distendue une tumeur plus ou moins volumineuse, mais ne dépassant pas le volume d'un utérus gravide de trois mois et qui n'est autre que l'utérus. Dans les cas douteux, le toucher ou le cathétérisme utérin (qu'il faut presque toujours pratiquer en pareille occurrence) lèvent tous les doutes.

Le diagnostic avec la *môle vésiculaire* n'est guère à discuter en raison de la rareté de cette dernière affection, qui se développe d'ailleurs dans les premiers mois de la grossesse, tandis que l'hydramnios est surtout une compli-

cation des derniers temps de la gestation. Les hémorragies sont fréquentes dans la môle vésiculaire; le palper ne donne pas la sensation de rénitence, de fluctuation, qui existe dans l'hydramnios, mais plutôt celle d'une tension dure et résistante. L'issue des vésicules peut venir lever tous les doutes.

Le *gros œuf*, c'est-à-dire l'œuf dont toutes les parties constituantes (fœtus, placenta, liquide) dépassent la moyenne, se distingue de l'hydramnios par l'absence de fluctuation, de ballotement, etc.; le défaut de proportion entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse est le seul signe commun. Il importe de ne point confondre ces deux causes de distension de l'utérus, puisque le pronostic diffère beaucoup dans les deux cas.

Le diagnostic avec la *grossesse gémellaire* est bien plus difficile: nombre de signes communs rendent la confusion possible (excès de volume de l'utérus, œdème des membres inférieurs et œdème sus-pubien, tension permanente de l'utérus, etc.). — Dans la grossesse gémellaire, le volume de l'utérus est augmenté dès les premiers mois de la grossesse, l'utérus est surtout augmenté dans ses diamètres transverses; on a la sensation de nombreuses parties fœtales; le ballotement fœtal est moins facile à percevoir; il existe quelquefois une dépression au niveau du fond de l'utérus séparant cet organe en deux lobes. Depaul a pu, dans deux cas, par le toucher, trouver sur les membranes qui faisaient saillie au niveau de l'orifice une dépression qui indiquait la présence de deux œufs accolés l'un à l'autre. Smellie avait déjà signalé le fait. Enfin, c'est surtout le palper qui le plus souvent permet d'éviter l'erreur et qui, en faisant constater la présence de trois ou quatre pôles fœtaux, éclaire le diagnostic. C'est lui aussi qui peut même élucider ces cas complexes, et cependant assez fréquents, où il existe de l'hydropisie de l'amnios dans l'un des deux œufs.

Enfin on ne doit pas perdre de vue que les grossesses multiples s'accompagnent fréquemment d'hydropisie de l'amnios de l'un des œufs.

Ce n'est que dans des cas relativement rares que l'on peut reconnaître la cause de l'hydramnios, par exemple lorsque la mère est albuminurique, tuberculeuse, ou lorsqu'on a constaté la syphilis chez le père ou chez la mère. Les malformations fœtales, auxquelles il faut toujours penser en cas d'hydramnios, ne peuvent guère, sauf l'hydrocéphalie et l'anencéphalie, être diagnostiquées pendant la grossesse.

Traitement. — Si la quantité de liquide amniotique n'est pas très considérable, il suffit le plus souvent de surveiller la femme, d'examiner avec grand soin ses urines, et de voir si les troubles causés par cette complication ne deviennent pas inquiétants.

On a essayé différentes médications pour diminuer ou empêcher l'exagération du liquide amniotique. C'est ainsi qu'on a tour à tour employé les diurétiques, les purgatifs, le sulfate de quinine, etc.; l'iodure de potassium, associé ou non au mercure, semble seul avoir donné des résultats satisfaisants, la syphilis étant une cause assez fréquente d'hydramnios. Pinard le donne presque systématiquement à toute femme enceinte qui présente cette complication, alors même qu'il ne trouve pas de traces de syphilis chez l'un ou l'autre des parents. — Les émissions sanguines ont été beaucoup

employées autrefois, et conseillées par P. Dubois. — En dehors du traitement par l'iodure, le régime lacté est le seul traitement à conseiller: le lait agit surtout par son pouvoir diurétique.

Quand, pendant la grossesse, les phénomènes de compression deviennent inquiétants, lorsqu'ils ne s'amendent pas sous l'influence du repos et du régime lacté, lorsque surtout ils augmentent, il faut interrompre le cours de la grossesse, quelle que soit l'époque à laquelle se produisent les accidents. La méthode qui s'impose ici, c'est la déplétion rapide de l'utérus, que l'on réalise en ponctionnant les membranes au niveau du col; le liquide amniotique s'écoule, et le plus souvent la femme entre bientôt en travail. Si celui-ci tardait à se déclarer ou si le liquide amniotique se reformait rapidement en grande quantité, il faudrait rompre à nouveau largement les membranes et recourir à l'un des moyens usités pour provoquer l'accouchement.

Dans quelques cas rares, la ponction de l'œuf a été faite par la voie abdominale; ce n'est point toujours à la suite d'une erreur de diagnostic, mais plutôt par suite d'un embarras de diagnostic. Lepage a rapporté l'observation, prise à la Maternité de Lariboisière, d'un cas où Pinard pratiqua ainsi la ponction de l'œuf à travers la paroi abdominale parce que la distension de l'abdomen ne pouvait être attribuée d'une manière certaine à l'hydramnios. Les membranes n'étaient en effet que peu tendues au niveau du segment inférieur. Au cours de l'opération on vit qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'œuf qui n'était point en contact avec le segment inférieur. La femme guérit, mais accoucha quelques jours plus tard.

Au moment du travail, l'hydramnios crée une indication spéciale: il faut rompre les membranes de manière que l'utérus ne soit plus surdistendu et que sa contraction devienne efficace. Sous l'influence de cette surdistension, l'utérus se contracte en effet d'une façon irrégulière et peut même se contracturer, se tétaniser: le travail alors ne progresse pas. La rupture artificielle des membranes a un autre avantage: elle permet, en appliquant la main sur la vulve comme l'a conseillé Tarnier, de régler à volonté l'écoulement du liquide, dont l'issue trop brusque pourrait entraîner avec lui le cordon ou un petit membre, d'autant mieux que le plus souvent ce n'est qu'après l'évacuation du liquide que la partie fœtale s'engage.

5. ANOMALIES DU CORDON OMBILICAL

Le cordon ombilical peut présenter des particularités qui entravent plus ou moins le développement du fœtus et causent même sa mort. Nous ne signalerons que les principales: les circulaires du cordon, les nœuds, la torsion exagérée, l'obstruction des vaisseaux, le développement anormal, la dissociation des vaisseaux funiculaires, l'ectasie de la veine ombilicale, etc.

Circulaires du cordon. — Il est commun de voir, autour du cou du fœtus, le cordon former un ou deux circulaires plus ou moins serrés; on les déroule habituellement avec facilité au moment de l'accouchement. Ces