

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 constituant (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

circulaires ne produisent dans la pluralité des cas aucun trouble marqué.

Dans certains cas cependant les circulaires peuvent être si serrés que la lumière des vaisseaux est obstruée et que le fœtus succombe par suite de l'arrêt du courant sanguin. Dans des cas plus rares le cordon peut être



Fig. 372. — Fœtus né mort, chez lequel le cordon présentait une brièveté accidentelle causée par l'enroulement du cordon faisant six circulaires autour du cou. (Dessiné d'après nature à la Maternité.)

enroulé cinq ou six fois autour du cou du fœtus, formant une sorte de cravate serrée, ainsi que Ribemont-Dessaignes en a observé un exemple (fig. 372); ces tours multiples produisent une brièveté accidentelle du cordon.

Nœuds du cordon. — On observe parfois sur le cordon des nœuds plus ou moins serrés; il est bien exceptionnel que la striction soit assez énergique pour oblitérer la lumière des vaisseaux et pour produire l'arrêt de la circulation. Ce n'est que lorsque les nœuds sont très rapprochés les uns des autres et lorsqu'ils sont très serrés qu'on peut voir survenir la mort du fœtus.

Torsion exagérée. — Si la torsion du cordon est par trop accusée, comme Schauta l'a observé dans un cas où il y avait 580 tours, les vaisseaux peuvent être oblitérés.

Le plus habituellement, c'est vers l'extrémité om-

bilicale du cordon que l'on remarque sa torsion exagérée; elle peut cependant se montrer sur n'importe quel point de son trajet.

On constate assez souvent la torsion exagérée du cordon chez les fœtus morts dans la cavité utérine; il ne faut point y voir toujours une relation de cause à effet. Dans la plupart des cas la mort est due à une autre cause que la torsion du cordon, ainsi que l'ont établi les recherches de Martin et de Ruge.

Obstruction des vaisseaux ombilicaux. — La même observation peut s'appliquer aux cas dans lesquels on constate des thromboses dans la veine ombilicale de fœtus morts; souvent ces coagulations ne se produisent que *post mortem*.

Toutefois la circulation peut être interrompue par sténose de la veine ou des artères ombilicales, qui s'accompagne de lésions athéromateuses de la paroi. Pinard a montré que dans quelques cas les valvules du cordon pouvaient être assez développées pour oblitérer la lumière des vaisseaux et interrompre la circulation.

Développement anormal. — Signalons seulement les cas dans lesquels le cordon est particulièrement grêle et fragile et ceux dans lesquels le cordon est volumineux et atteint le volume du pouce; cet excès de volume est presque toujours dû à l'augmentation du tissu muqueux du cordon; les vaisseaux gardent à peu près leurs dimensions normales.

Dissociation des vaisseaux funiculaires par fonte du tissu muqueux. — Dans certains cas les vaisseaux du cordon sont plus ou moins dissociés par suite de la disparition de la gélatine de Wharton: deux cas de cette anomalie attribués à la syphilis¹ ont été rapportés à la même séance de la Soc. obst. et gynéc. de Paris (11 juin 1895). Dans le premier cas (Bar et Tissier), à une certaine distance de l'insertion placentaire du cordon, les vaisseaux funiculaires forment trois cordons isolés les uns des autres et présentent une dureté particulière. Dans le second cas (Macé et Durante), le chorion funiculaire était déchiré et les artères se montraient par places à nu; la veine était le siège d'une endo et d'une périphlébite intense. Dans la substance gélatineuse et dans la tunique externe de la veine, on trouvait des petits amas de cellules qui étaient des gommés.

Ectasie de la veine ombilicale. — La veine ombilicale présente parfois des dilatations anormales. Chantreuil (in *Thèse Agrégat.*, 1875) signale ces « varicosités qui forment quelquefois des tumeurs assez volumineuses. Elles peuvent avoir pour conséquence d'entraver la circulation au point de s'opposer au développement de l'enfant. » Maygrier a rapporté¹ une observation dans laquelle la veine ombilicale présentait au niveau de l'insertion du cordon sur le placenta une ectasie du volume d'un œuf de pigeon.

Lésions syphilitiques. — Laugier (Soc. obst. et gynéc. de Paris, mars 1896) a appelé l'attention sur les lésions syphilitiques du cordon; il signale d'abord les diverses lésions trouvées par différents observateurs: processus athéromateux de la paroi vasculaire avec épaissement de la tunique interne (Edmanson), dépôts calcaires (Abfeld), sténose de la veine ombilicale avec lésions de la tunique interne (Winckel, Screcenki, Mewis, Leopold, etc.). — Les lésions macroscopiques des cordons syphilitiques consistent en induration du cordon, épaissement des parois vasculaires, sténose des vaisseaux ombilicaux, et dissociation des éléments du cordon par fonte de la gélatine de Wharton. Quant aux lésions histologiques, elles consistent surtout en endophlébite et endartérite; la périphlébite et la périartérite sont moins fréquentes. Toutefois on ne peut affirmer la syphilis du cordon qu'autant que ces lésions coexistent avec des lésions spécifiques du placenta et du fœtus et que les antécédents syphilitiques sont certains.

¹ Soc. obst. et gyn. de Paris, avril 1892.