

vivre encore quelque temps, malgré leur présence, on n'a pas d'exemples bien authentiques d'enfant né à terme et vivant dans cette condition. Ceux qu'on pourrait considérer comme tels appartiennent à des grossesses doubles où l'un des œufs seulement était affecté de cette maladie. On conçoit cependant qu'un petit nombre de grappes, surtout si elles ont leur siège en dehors du placenta, ne doivent point interrompre le cours de la grossesse et le développement régulier du fœtus. Les délivres ne sont pas toujours examinés avec assez de soin pour qu'on puisse assurer que cette circonstance ne s'est présentée quelquefois.

L'utérus montre une tolérance assez prononcée pour ces corps étrangers qui se développent dans les annexes du fœtus en y entretenant un mode particulier de vitalité : aussi la durée de la grossesse hydatique est très variable ; et quoique le plus ordinairement l'expulsion ait lieu avant le sixième mois, il n'est pas très rare de la voir se prolonger au-delà et même jusqu'à terme. Il existe même quelques observations qui constatent que cette espèce de grossesse a duré plusieurs années.

Si on en excepte les signes fournis par la présence du fœtus, qui ne peuvent, d'après ce qui a été dit, se rencontrer que très rarement, la plupart des phénomènes ressemblent à ceux d'une grossesse ordinaire avec laquelle la môle hydatique est toujours confondue pendant ses premières périodes. A une époque plus avancée, il existe ordinairement une discordance manifeste entre l'époque présumée de la conception et le volume de l'utérus. Elle donne lieu beaucoup plus souvent que la grossesse normale à des pertes de sang plus ou moins abondantes et répétées : ce qui fait varier l'état du col, qui est quelquefois mou et entr'ouvert ; mais il peut être exactement fermé. L'expulsion de quelques fragments de grappes ou de vésicules isolées vient quelquefois éclairer sur la nature du corps qui distend l'utérus. Du reste, si les pertes ne sont pas abondantes ou fréquemment répétées, ces masses n'ont aucune influence fâcheuse sur les femmes qui les portent. Quant aux phénomènes de leur expulsion, aux accidents qui la compliquent quelquefois et au traitement, ils rentrent dans les conditions de l'avortement, et ils seront exposés plus loin.

6. MÔLE CHARNUE. — Ce n'est pas seulement aux masses hydatiformes du placenta qu'on a donné le nom de môle, mais à presque toutes les altérations primitives et consécutives du placenta et des membranes, qui ont changé d'une manière plus ou moins profonde la conformation de l'œuf. La connaissance très incomplète des maladies du placenta et des changements consécutifs qui

peuvent survenir dans le produit de la conception, ont dû nécessairement conduire à les réunir sous une désignation vague qui peut aujourd'hui être éliminée de la science ou recevoir une signification positive : c'est ce que je vais essayer de faire en peu de mots. Lorsque le fœtus est mort, il devient pour l'utérus un corps étranger qui ne tarde pas à provoquer, après un temps variable mais ordinairement assez court, des contractions expulsives ; mais les exceptions à cette loi sont très nombreuses, et l'on en rencontre de fréquents exemples dans les auteurs. La prolongation de la tolérance de l'utérus n'est que temporaire, et n'a même que rarement une durée équivalente à celle de la grossesse ordinaire. Lorsque la mort de l'embryon survient à une époque très rapprochée de sa formation, il ne tarde pas à se dissoudre ; et lorsque l'œuf est rendu il est souvent impossible de trouver la plus petite trace de son existence. C'est cette espèce de môle qui porte le nom de *faux germe*. Si la dissolution de l'embryon a réellement lieu comme il vient d'être dit, l'expression de faux germe consacre une erreur. Il est bien vrai que dans quelques uns, le liquide de l'amnios est parfaitement transparent et limpide et qu'on ne trouve plus, comme dans les cas de dissolution récente, de traces de l'existence de l'embryon. On conçoit, en effet, la possibilité du développement de l'œuf dans sa portion membraneuse seulement. Mais admettre, avec quelques accoucheurs, que les *œufs clairs* peuvent se développer sans conception, c'est accepter une hypothèse tout-à-fait gratuite et invraisemblable et montrer trop de confiance aux protestations de virginité des filles qui ont rendu de semblables produits.

Sous le nom de môle charnue, on peut comprendre tous les produits qui ont quelque rapport avec les précédents et dans lesquels l'œuf a subi dans sa forme et dans sa composition de notables altérations. Nous n'avons pas à revenir sur l'hypertrophie du placenta et sur les transformations consécutives à l'apoplexie utéro-placentaire, qui ont été à tort considérées comme des dégénérescences de cet organe. L'œuf tout entier peut être enveloppé par un plus ou moins grand nombre de couches fibreuses de date différente. Morlane a vu un œuf composé de sept couches stratifiées, de couleurs différentes et parfaitement reconnaissables. Tantôt on retrouve des traces du chorion et la cavité de l'amnios, quoique le fœtus ait disparu, soit en se dissolvant, soit en s'échappant par une déchirure des membranes ; tantôt on retrouve des fragments de fœtus emprisonnés dans la masse commune. Les môles charnues n'acquièrent pas en général un volume très considérable ; cependant plusieurs s'accroissent d'une manière évi-

dente par une espèce de végétation. Mais leur accroissement se fait le plus souvent par juxtaposition ; ces produits altérés sont fréquemment eux-mêmes des causes d'hémorragies internes, qui fournissent de nouvelles additions à la masse ; mais quelques parties s'accroissent par une véritable nutrition comme dans l'hyper-trophie du placenta. L'état de fraîcheur dans lequel sont rendus quelques œufs clairs et la quantité de liquide qu'ils renferment prouvent que l'amnios peut continuer à être le siège d'un travail d'exhalation , et que ces œufs altérés peuvent augmenter par une accumulation progressive de liquide , qui du reste est rarement portée très loin , et jusqu'à hydropisie de la matrice.

Il me reste encore à dire quelques mots de ces fausses membranes qui sont rendues par quelques femmes sans être suivies ou accompagnées d'autres parties du produit de la conception. Ces masses membraneuses , molles , blanchâtres , se rapportent très probablement à ce qu'Hippocrate a appelé les mois charnus des femmes. Chaussier, Burns, Evrat, M. Moreau et beaucoup d'autres praticiens ont observé des cas d'expulsion de ces fausses membranes qui ont la plus grande analogie avec la caduque où avec des fragments isolés de cette membrane. Ces produits peuvent avoir une autre origine que la grossesse. Cependant je ne pense pas qu'on puisse les rapporter à un état inflammatoire de l'utérus, qui est très peu disposé aux inflammations pseudo-membraneuses ; d'ailleurs, l'état de santé de ces femmes doit exclure tout-à-fait cette idée. Mais il n'en est pas de même de la menstruation : il est bien vrai que le sang des règles est peu disposé à se coaguler et que dans les cas de rétention par une oblitération du canal vulvo-utérin, le sang retenu est presque toujours complètement à l'état liquide ou demi-liquide. Mais des hémorragies accidentelles compliquent assez souvent la menstruation , ou se montrent dans l'intervalle ; alors des caillots peuvent être retenus dans l'utérus et être rendus plus tard. Mais outre leur forme qui représente assez exactement celle de l'utérus, il est ordinairement possible de reconnaître la nature de la masse fibrineuse décolorée, qui diffère assez des fragments de membrane caduque ; or, dans les cas rapportés avec assez de détails pour pouvoir établir la distinction , on voit assez clairement que la plupart de ces masses pseudo-membraneuses sont des produits de conception, réduits à leur seule membrane caduque. S'il est vrai que la formation de la membrane caduque précède, autant qu'on l'a dit, la descente de l'œuf dans l'utérus, on doit s'attendre à la voir expulsée quelquefois pendant cette période. D'ailleurs, tant que l'œuf est très petit, il échappe presque toujours à l'observation, parce qu'il sort

souvent seul, ou n'entraîne que la caduque réfléchie, et le reste est expulsé un peu plus tard avec un écoulement sanguin qui ressemble aux règles ; de là l'expression de mois charnus. Il est très vraisemblable que la caduque qui reste adhérente à l'utérus n'est pas toujours expulsée, et qu'elle est résorbée dans un grand nombre de cas ; la possibilité de sa résorption est prouvée par ce qui se passe dans beaucoup de grossesses extra-utérines où il se forme une caduque utérine qui n'est pas toujours expulsée.

7. ALTÉRATIONS DU CORDON. — Il nous reste peu de chose à ajouter à ce qui a été dit des anomalies et de quelques dispositions particulières du cordon. Son évasement en entonnoir, son déplacement, l'écartement de ses vaisseaux du côté de l'ombilic dans le cas d'exomphale, d'absence d'une partie de la paroi abdominale, n'ont pas d'influence sur l'accomplissement de ses fonctions. Les circulaires les plus multipliées paraissent rarement gêner la circulation du sang dans son intérieur. Les nœuds que le fœtus forme assez souvent en passant dans une anse du cordon sont généralement dans le même cas ; cependant on peut craindre que ses mouvements puissent serrer ces nœuds au point de gêner et même d'arrêter le cours du sang ; mais il est difficile d'apporter des exemples bien concluants de mort survenue de cette manière. La veine offre quelquefois des dilatations variqueuses considérables, et une rupture peut en être la suite. M. Deneux, recherchant à connaître la cause de la mort d'un enfant qui avait succombé avant la naissance, trouva sur un cordon excessivement long et variqueux une tumeur formant autour des vaisseaux une virole complète de fibrine décolorée, située au-dessous de la gaine membraneuse autour des vaisseaux qui étaient oblitérés dans ce point. On remarque quelquefois un retrait considérable des vaisseaux, mais cet état coïncide presque toujours avec l'atrophie du placenta résultant d'épanchements sanguins. La grosseur et la petitesse très prononcées du cordon dues à la grande quantité ou à l'absence presque complète de la gélatine de Wharton, ne paraissent devoir gêner dans aucun cas la circulation fœto-placentaire. L'enveloppe extérieure du cordon peut participer à l'inflammation de l'amnios et contracter des adhérences, soit avec le fœtus, soit avec divers points de la cavité de l'amnios. Mais ces adhérences sont excessivement rares. Parmi les cas que les auteurs rapportent, je me bornerai à citer celui qui a été observé par M. Velpeau. Un fœtus monstrueux, venu à sept mois, avait le cordon ombilical tellement disposé, qu'au premier coup d'œil il semblait en avoir quatre, deux qui partaient du ventre et les deux autres de la poi-

trine. Mais c'était tout simplement le cordon naturel replié plusieurs fois, et qui avait contracté par les angles de ses replis des adhérences avec les membranes de l'œuf, ainsi qu'avec la peau du fœtus. La flétrissure et le ramollissement du cordon sont des altérations consécutives à la mort du fœtus.

8. INFLAMMATION DE L'AMNIOS. — Nous avons établi, en parlant des maladies du placenta, que ses altérations et ses diverses dégénérescences, que quelques auteurs ont rapportées à l'inflammation, reconnaissent une autre cause, et que, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas un seul fait qui puisse être considéré comme une preuve certaine de l'inflammation du placenta, du tissu qui unit ses vaisseaux et de la caduque. Nous en avons conclu qu'ils offrent une inaptitude sinon absolue, au moins excessivement peu prononcée à ce genre de maladie. Les autres parties de l'œuf ayant une organisation aussi simple et une vitalité aussi obscure, on doit naturellement penser qu'elles partagent jusqu'à un certain point la même propriété; mais nous ne connaissons pas assez la nature de ces tissus temporaires pour accorder à une telle induction une grande valeur. Les faits seuls doivent être invoqués, et ils prouvent que c'est sur la membrane amnios que l'on trouve les premières traces évidentes d'inflammation; mais ils ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de tracer une histoire complète de cette maladie, d'autant mieux que plusieurs n'ont été observés que sous le rapport de l'anatomie pathologique. Dans quelques uns des cas qu'on a considérés comme une inflammation du placenta, on a trouvé du pus déposé sur la portion de l'amnios qui recouvre la face fœtale de cet organe vasculaire. C'est sur ce point que Dance en a rencontré une fois, entre le chorion et l'amnios. Mais les observations suivantes ont plus d'intérêt, parce qu'on a noté les symptômes qui ont été observés pendant la grossesse. La plus remarquable est celle de Mercier, lue à la Société de médecine en 1812. Une femme convalescente d'une fièvre grave, enceinte de cinq mois, travaillant dans les champs, et couverte de sueur, boit une très grande quantité d'eau froide; elle ressent sur-le-champ des frissons, et une douleur vive dans la région hypogastrique, et bientôt tous les symptômes d'une inflammation vive de la matrice et du péritoine se manifestent. Un traitement antiphlogistique produit une grande diminution des symptômes, et même, vers le dixième jour, une sorte de convalescence. Le quatorzième jour, les douleurs et les symptômes fébriles existent encore, mais à un degré modéré; la matrice s'est rapidement développée; elle est volumineuse comme à la fin d'une

grossesse ordinaire. Le quinzième jour, surviennent les douleurs du travail, et le lendemain au soir, un fœtus qui donne à peine quelques signes de vie est expulsé. L'utérus ne s'affaisse pas; après un repos de trois heures, un nouveau travail se déclare, et fait descendre dans le vagin une vessie flexible et allongée, dont l'ouverture donne lieu à l'issue d'un fœtus vivant et à plus de dix livres d'une eau trouble et blanchâtre dans laquelle nageaient des morceaux d'une substance semblable à du lait caillé. L'amnios, opaque et très épais, était recouvert sur sa face fœtale d'une fausse membrane adhérente, concrète, albumineuse, et de la même nature que la substance qui nageait dans l'eau de l'amnios. Cette surface ayant été nettoyée parut rosée, et présentait çà et là, soit des traces rouges de diverses formes, soit des veines sanguines flexueuses entortillées. Le chorion était sain et le placenta très rouge. M. Ollivier d'Angers a recueilli une observation qui a quelques rapports avec la précédente. Au 4^e mois de sa première grossesse, une jeune dame de dix-huit ans éprouva sans cause connue un malaise général qui ne semblait être qu'une courbature accidentelle, de la constipation, un léger écoulement rougeâtre, des douleurs lombaires, un peu de sensibilité à la région hypogastrique; puis, du quatrième au cinquième jour, une rapide et considérable augmentation du volume du ventre: tels furent les symptômes observés pendant une quinzaine. On les combattit par le repos et les émoullents, et ils cessèrent par ce traitement simple. L'enfant naquit à terme bien conformé et bien portant. Les membranes, dans le tiers environ de leur étendue, étaient considérablement épaissies, blanchâtres, opaques, villeuses à leur surface interne; toute la portion épaissie était parcourue dans le voisinage du placenta par des vaisseaux très déliés; à mesure qu'elles s'éloignaient de sa circonférence, ces ramifications capillaires devenaient de moins en moins apparentes; mais il existait encore à une assez grande distance du placenta des rougeurs ponctuées, semblables à celles qu'on observe à la surface des muqueuses. M. Braschet a vu, en 1832, à l'hôpital de la Charité de Lyon, une jeune fille, forte, bien constituée, dont le ventre était si volumineux qu'on pensait généralement qu'elle portait deux enfants; elle accoucha au terme ordinaire d'un enfant vivant. Au moment de la division de l'œuf, on fut frappé de la quantité et de la couleur des eaux; il y en avait au moins quatre litres; elles étaient blanchâtres et savonneuses. Le placenta n'offrait rien de particulier; mais les parties des membranes diamétralement opposées étaient enflammées dans l'étendue de la paume de la main, et présentaient une épaisseur trois ou quatre fois plus grande

qu'ailleurs, et une rougeur intense qui contrastait avec la blancheur de tout le reste ; on y voyait du côté de la face fœtale une foule de petits vaisseaux très déliés ; mais ce qui augmentait surtout l'épaisseur, c'étaient des flocons cellulux attachés à la face utérine, et contenant dans leurs cellules une matière rouge consistante, semblable à des caillots de sang fort anciens. Au 3^e mois de sa grossesse, cette fille avait reçu dans le bas-ventre un coup de pied, qui ne fut suivi d'aucun résultat fâcheux. Dans les observations de MM. Mercier et Ollivier, on voit des symptômes bien tranchés, mais qui peuvent tout aussi bien être rapportés à une péritonite hypogastrique ou à une métrite aiguë qu'à l'inflammation de l'amnios, et nous ne trouvons qu'un seul signe qui puisse servir au diagnostic de cette maladie si rare, c'est l'augmentation rapide de l'utérus ; mais il est très probable qu'elle n'est pas aussi tranchée dans tous les cas.

9. HYDROPSIE ACTIVE DE L'AMNIO. — Il existe une variété d'hydropisie de l'amnios qui mérite à juste titre le nom d'active, et sur laquelle Désormeaux a surtout appelé l'attention. Et quoique l'amnios et les autres parties de l'œuf n'aient pas présenté de trace d'inflammation, on ne peut méconnaître une grande analogie avec les observations qui précèdent. Une jeune dame enceinte de cinq à six mois, dit Désormeaux, est prise subitement de douleurs intolérables dans l'abdomen, accompagnées d'une agitation extrême et de beaucoup de fièvre. On emploie un traitement antiphlogistique énergique ; au bout de quelques jours les douleurs diminuent ; on peut alors palper l'abdomen, et l'on reconnaît à une fluctuation manifeste l'existence d'une hydropisie de la matrice. Environ deux mois après, elle accoucha de deux enfants très faibles, du volume de fœtus de six mois, qui moururent peu d'heures après la naissance. Les deux poches des eaux, à leur rupture, laissèrent écouler chacune cinq à six pintes d'un liquide qui ne présentait rien de particulier ; les membranes, examinées avec soin, n'offrirent ni injection, ni épaississement, ni fausses membranes. La mère se rétablit promptement. Une autre observation de Désormeaux offre encore plus d'intérêt. Une jeune dame, épileptique dès sa naissance, devint enceinte ; les accès d'épilepsie furent presque suspendus, et la grossesse n'offrit rien de remarquable, si ce n'est que l'abdomen était plus volumineux qu'il ne semblait devoir l'être. A quatre mois et demi environ, des contractions utérines se manifestèrent sans causes apparentes, et expulsèrent avec une grande quantité d'eau un fœtus mort depuis quelque temps. Une seconde grossesse survint ; des signes manifestes de pléthore exigèrent l'emploi réitéré de la saignée : l'avortement eut encore lieu

avec les mêmes circonstances, mais seulement du 6^e au 7^e mois. Dans une troisième grossesse, il mit en usage la saignée dès que le plus léger indice de pléthore se fit apercevoir : la grossesse se prolongea jusqu'au commencement du 9^e mois ; il n'y eut pas d'hydropisie de l'amnios, et cette dame donna le jour à une petite fille bien portante. Une quatrième grossesse, pendant laquelle la saignée ne fut pas ménagée, parvint à son terme naturel, et donna naissance à un enfant vivant. A une cinquième grossesse, l'avis d'un médecin qui n'avait pas été témoin de ce qui s'était passé, et qui redoutait l'usage de la saignée chez une épileptique, voulut attendre des signes évidents de pléthore pour tirer du sang ; une saignée seulement fut pratiquée. La grossesse se développait sans accidents ; mais, vers le 6^e mois, la matrice prit rapidement un grand volume. Une saignée fut pratiquée ; mais il était probablement trop tard ; l'hydropisie prit un accroissement rapide ; les contractions utérines se manifestèrent, et l'avortement eut lieu en même temps que l'expulsion d'une grande quantité de liquide, que Désormeaux évalue à quatre ou cinq pintes. Enfin, une sixième grossesse, dans laquelle la saignée fut prodiguée, eut un résultat complètement heureux. Désormeaux fait remarquer avec raison qu'on ne peut pas conclure de ces observations, auxquelles on peut en adjoindre une autre, rapportée par M. Ch. Maunoir, dans les *Mélanges de chirurgie étrangère*, que l'hydropisie de l'amnios soit toujours active et due à la pléthore sanguine, ou à un état inflammatoire ; c'est, au contraire, une des formes les moins communes, mais qui se distingue des autres par sa marche et par plusieurs de ses symptômes. Tout en tenant compte de l'absence de traces visibles d'inflammation sur l'amnios, on ne peut méconnaître qu'un grand nombre de traits communs rapprochent ces deux états, tant sous le rapport des causes que des symptômes et des indications.

10. HYDROPSIE PASSIVE DE L'AMNIO. — Ce que nous allons dire sous ce titre se rapporte plus particulièrement à l'hydropisie chronique, la forme aiguë de cette maladie ayant plus naturellement trouvé sa place à la suite de l'inflammation. Comme la quantité de liquide amniotique, à l'état normal, varie dans des limites assez étendues, sans que la mère et le fœtus en souffrent, on ne saurait dire d'une manière précise à quel point commence l'état morbide, Cela importe peu du reste, cette distinction étant sans intérêt dans les premiers degrés de la maladie, tant que la quantité du liquide ne dépasse pas deux ou trois livres. Mais, à l'état morbide, elle est ordinairement beaucoup plus considérable, et cinq à six

pintes sont alors un terme moyen qu'on rencontre assez souvent; elle est dans quelques cas portée extrêmement loin. Baude-locque mentionne une grossesse simple terminée par un avortement au terme de six mois, où l'utérus laissa échapper treize à quatorze pintes. Dans un autre cas, il évalue la quantité du liquide à trente livres. Il existe d'autres observations où l'on en a noté une quantité plus considérable. Ces évaluations ont sans doute été établies d'une manière approximative, et sont probablement un peu exagérées; mais il n'en reste pas moins démontré que, dans quelques cas, l'utérus peut être distendu par une énorme quantité de liquide amniotique. Les propriétés physiques de l'eau de l'amnios ne paraissent pas altérées. L'époque où commence cette augmentation anormale est fort difficile à constater: elle peut rester un temps plus ou moins long à l'état latent; on l'observe ordinairement pendant la dernière moitié de la grossesse; mais son début peut remonter plus loin. Lorsque l'hydropisie de l'amnios est très prononcée, la grossesse arrive rarement à son terme, la distension de l'utérus l'excite à se contracter, et le fœtus est expulsé prématurément; il est ordinairement chétif, et n'a pas un développement en rapport avec l'époque de la grossesse où il est parvenu; souvent il est déjà mort depuis quelque temps lorsqu'il est expulsé, et à l'époque de sa mort il se fait, d'après Desormeaux, une augmentation plus rapide de la collection séreuse. L'hydropisie passive de l'amnios n'a ordinairement aucune influence fâcheuse sur la mère.

Le diagnostic est obscur et difficile tant que la grossesse est peu avancée, ou que l'accumulation du liquide est peu considérable. L'étendue du ballonnement, et le développement de l'utérus, comparé à l'époque présumée de la grossesse, servent principalement à l'établir (voy. *Diagnostic de la grossesse*). Il existe souvent une douleur sourde du côté de l'utérus et un sentiment de pesanteur dans le bassin.

Les causes de l'hydropisie de l'amnios sont restées fort obscures; on a d'ailleurs recherché avec bien peu d'attention l'état des fonctions et les conditions particulières des femmes enceintes qui se sont trouvées dans ce cas. L'œuf et le fœtus n'ont pas été l'objet d'une attention suffisante. Je me bornerai à rappeler les circonstances dont l'influence est bien constatée. La plupart des observations d'hydropisie de l'amnios publiées ont pour objet des grossesses doubles; cette influence est mise complètement hors de doute. Les femmes d'un tempérament lymphatique très prononcé, celles qui pendant la grossesse éprouvent un dépérissement, un allongissement des fonctions, celles qui sont sujettes aux infil-

trations séreuses des extrémités inférieures en sont assez souvent affectées. Nous avons dit que le fœtus était ordinairement peu développé, maigre: mais rapporter à une maladie du fœtus l'hydropisie, serait le plus souvent prendre l'effet pour la cause. Cependant, il n'est pas moins vrai que, dans quelques cas, les maladies de l'œuf et du fœtus sont la cause de l'accumulation anormale de l'eau de l'amnios. Nous avons vu que l'apoplexie utéro-placentaire ancienne et assez étendue pour nuire au développement du fœtus ou pour déterminer sa mort à la longue, coïncidait souvent avec une grande quantité de liquide amniotique. Dans les cas de vices de conformation profonds, qui sont encore comptables avec la vie fœtale, l'eau de l'amnios est ordinairement très abondante. Lorsque le fœtus succombe lentement dans le sein de sa mère, on voit quelquefois l'utérus prendre assez rapidement un développement plus considérable. La manière d'agir des causes diverses de l'hydropisie de l'amnios que nous venons de signaler nous paraît s'expliquer assez naturellement: la sécrétion du liquide amniotique se faisant entièrement sous l'influence de la mère, l'amnios représentant jusqu'à un certain point une séreuse tapissant l'utérus, et l'exhalation du liquide amniotique étant liée à la circulation utérine, il doit en résulter que les obstacles à la circulation veineuse qui déterminent une stase habituelle dans les vaisseaux de l'utérus, produisent l'hydropisie de l'amnios, de la même manière qu'un obstacle mécanique au cours du sang produit des épanchements séreux dans les cavités séreuses. Un développement plus considérable de l'utérus, tel que celui qui résulte de la présence de deux fœtus, apporte un ralentissement permanent et très sensible dans la circulation utérine. Cette stase mécanique est très manifeste chez les femmes lymphatiques, affaiblies, prédisposées à l'œdème des extrémités inférieures, chez celles qui sont déjà affectées d'ascite; il paraît en être de même lorsque des altérations du placenta, des maladies du fœtus, diminuent l'activité organique du produit de la conception: les congestions actives, les irritations sub-inflammatoires dont l'utérus est assez souvent le siège sont plus particulièrement liées à l'hydropisie aiguë de l'amnios.

Si on en excepte la forme aiguë, dans laquelle, d'après les observations que nous avons citées, le traitement antiphlogistique paraît très efficace, l'art est presque impuissant, soit pour prévenir, soit pour dissiper l'hydropisie passive de l'amnios; car il est presque impossible de changer les conditions qui, chez quelques femmes, semblent présider à son développement. La saignée ne produit qu'un dégorgement momentané de l'utérus; d'ailleurs l'état général la contre-indique souvent. Un régime tonique et

fortifiant, les boissons ferrugineuses conviennent à celles qui sont faibles et languissantes, jusqu'à ce que l'accouchement vienne mettre fin à cette maladie. Nous avons dit que, lorsqu'elle est très prononcée, ce terme ne se fait pas attendre très longtemps. Le petit nombre de cas dans lesquels on a pratiqué la ponction de l'utérus semble faire croire qu'il n'est pas toujours prudent d'attendre les efforts de la nature, et que la vie de la femme peut être en danger avant ce moment. Si des cas semblables se présentaient, on ne devrait pas, comme on l'a fait plusieurs fois, pratiquer la ponction de l'utérus à travers la paroi abdominale, comme dans l'ascite, ni à travers le vagin; cette opération doit être remplacée par la perforation des membranes à travers le col. On n'a pas en général à se préoccuper du fœtus, qui est presque toujours mort dans ces cas extrêmes; d'ailleurs, s'il était vivant et qu'il eût atteint l'âge de viabilité, on se trouverait dans les conditions où l'accouchement prématuré artificiel est légitime.

42. ALTÉRATIONS DIVERSES DU LIQUIDE AMNIOTIQUE. — Il n'est pas ici question des changements qu'il subit après la mort du fœtus. On trouve quelquefois ce liquide trouble, très fétide, sans que la santé du fœtus paraisse en avoir souffert. Nous avons déjà vu que la plupart des substances étrangères qui sont dans le sang de la mère peuvent passer non seulement dans le fœtus, mais encore dans l'eau de l'amnios. Il en est de même des substances volatiles répandues dans l'atmosphère. Dans un cas qui s'est rencontré à la clinique d'accouchement de Strasbourg, un fœtus vivant et à terme fut expulsé avec une grande quantité de liquide amniotique; au même instant il se répandit dans toute la salle une odeur insupportable de tabac en putréfaction: on apprit seulement alors que la femme travaillait dans une manufacture de tabac. L'eau de l'amnios peut contracter des propriétés irritantes. M. Naegelé cite un cas où elle a déterminé une sorte de macération de l'épiderme, qui s'enlevait par le plus léger contact; l'enfant était faible; mais au bout de quinze jours, après la chute de tout l'épiderme, il jouissait d'une santé parfaite.

SECTION V. — Maladies du fœtus dans l'utérus.

Il existe une grande classe de maladies dont l'origine obscure remonte à la formation et au développement des parties du fœtus: ce sont les monstruosité ou vices de conformation, que nous n'ex-

poserons pas ici, parce que nous devons en présenter un tableau en traitant des affections des nouveaux-nés, afin de faire connaître celles de ces monstruosité qui sont compatibles ou non avec la vie extra-utérine, et afin d'établir les indications de celles qui réclament immédiatement l'intervention de l'art, pour que les nouvelles fonctions pussent s'établir. Nous nous bornerons à dire, pour ce qui concerne les considérations générales que nous avons à présenter dans cette section, que les vices de conformation profonds, tout en étant compatibles avec la jouissance de la vie intra-utérine, pendant toutes ses phases, exposent cependant davantage le fœtus à succomber dans l'utérus à mesure qu'il approche de sa maturité, et qu'ils sont assez souvent une cause d'avortement et d'accouchement prématuré.

1. Le fœtus, renfermé dans le sein de sa mère, est déjà exposé à la plupart des maladies qu'on observe après la naissance et dans tout le cours de la vie; mais on se ferait une fausse idée, si on supposait qu'elles sont également fréquentes. Ne rappelant que celles qui ont été observées, nous allons voir que non seulement un grand nombre de maladies particulières, mais des classes tout entières manquent; toutefois cette absence ne doit pas être considérée comme définitive. Jusqu'à présent, les recherches qui ont eu pour objet les maladies et l'anatomie pathologique du fœtus ne sont pas très nombreuses et n'ont pas été poursuivies avec tout le soin qu'elles méritent. Depuis qu'on y porte plus d'attention, des faits nouveaux assez nombreux ont été mis en évidence; il est vraisemblable qu'avec le temps le fœtus fournira des exemples de maladies à presque toutes les divisions du cadre nosologique. Mais on tomberait dans une grave erreur si l'on croyait devoir trouver ordinairement sur un fœtus qui a succombé pendant la grossesse la cause matérielle de sa mort dans quelques uns de ses organes; le plus souvent, malgré les recherches les plus minutieuses, on ne trouve rien d'apparent, et la lésion se soustrait à nos moyens d'investigation. Lorsque j'étais à la Maternité, j'ai examiné avec le plus grand soin les organes de tous les fœtus qui ont succombé pendant la grossesse, et ce n'est que sur le plus petit nombre que j'ai pu trouver, soit dans l'état morbide de la mère, soit dans les altérations du délivre ou du fœtus la cause de la mort. Ce qui est une règle générale pour les autres âges, si on excepte les névroses et quelques maladies particulières où l'on ne trouve aucune lésion après la mort, devient presque une exception pour le fœtus. Ainsi les altérations que je vais mentionner sont loin d'être en rapport de fréquence avec la mort du fœtus dans l'utérus. Nous nous bor-