situation de l'utérus peut bien devenir la cause d'un accouchement prématuré, mais en général elle donne lieu seulement aux incommodités dont nous avons parlé plus haut, et ne détermine des accidents un peu sérieux que pendant le travail de l'accouchement (voy. *Dystocie*).

Dans les premiers mois, la réduction peut être tentée, mais elle a toujours échoué jusqu'à présent; en insistant par trop, on aurait à craindre l'avortement. Le mieux est donc, pour peu qu'on rencontre des résistances, de confier la réduction aux progrès ultérieurs de la grossesse. Si la gêne et la pesanteur étaient trop fatigantes, le décubitus horizontal pourrait les diminuer.

A une époque plus avancée, un bandage de corps, une espèce de corset ou ceinture abdominale, bien appropriés à la forme et au volume du ventre, soulageraient beaucoup les malades. Dans le cas où le ventre est en besace, la ceinture abdominale pourrait être maintenue par des bretelles.

§ IV. — Obliquités latérales.

Nous avons déjà parlé, en faisant l'histoire des phénomènes physiologiques de la grossesse, des obliquités utérines, et nous avons indiqué quelles étaient les causes probables de ces obliquités. Elles sont rarement portées très-loin, et ne deviennent jamais la cause d'accidents sérieux. Ce n'est guère qu'en facilitant la production d'une présentation vicieuse de l'enfant et en retardant la dilatation du col, qu'elles peuvent avoir sur le travail une influence fâcheuse, et ce n'est pas le moment d'en parler.

CHAPITRE III

DES MALADIES DE L'ŒUF

ARTICLE PREMIER

HYDROPISIES

§ I. — Hydropisie de l'amnios.

Le liquide amniotique peut s'élever quelquefois à une quantité très-considérable. Mais comme sa quantité normale est très-variable, il est difficile de dire au delà de quelles limites elle doit être réputée maladie. Cependant, quand elle dépasse 1 kilogramme ou 1 kilogramme et demi, son accumulation peut être regardée comme due à un état morbide.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de préciser la cause de cette singulière affection. Quelques faits semblent militer en faveur de l'opinion de ceux qui pensent qu'elle résulte d'une inflammation de la membrane amnios

mais cette opinion demande de nouveaux faits pour être admise sans hésitation; car si le docteur Mercier dit avoir vu plusieurs fois la face interne de l'amnios recouverte par de fausses membranes, et cette membrane elle-même fortement injectée, d'autres observateurs n'ont constaté rien de semblable (*Journal général de médecine*, tome XIV). Il résulterait des faits cités par les docteurs Merriman et Lee, que cette hydropisie de l'amnios est souvent liée à un état morbide, à une mauvaise conformation du fœtus, ou à un état d'infiltration générale de la mère. Quelques observations porteraient à penser que la syphilis constitutionnelle est une prédisposition à cette maladie. Dans quelques cas, elle a paru due à la pléthore sanguine; mais comme on la voit survenir chez les femmes de toute constitution, de tout âge et de toute condition, il est impossible de donner rien de fixe à cet égard. Elle est beaucoup plus fréquente dans les grossesses gémellaires. Il est rare qu'elle survienne avant le cinquième mois.

Dans quelques cas, elle a été précédée de tous les signes d'une inflammation violente; mais le plus souvent elle ne s'annonce que par une douleur sourde dans l'utérus, un sentiment de pesanteur dans le bassin, et un accroissement rapide de l'organe. L'utérus acquiert en peu de temps un volume considérable, et présente parfois au cinquième ou sixième mois plus de distension qu'au terme ordinaire de la grossesse. Du reste, ce développement est en proportion de la quantité du liquide. Celui-ci s'élève souvent à 5 ou 6 pintes. Baudelocque cite un cas dans lequel l'utérus en laissa échapper 13 pintes, un autre 32 pintes. Quelques auteurs l'ont même vu s'élever à 40 et 50 pintes. Ce liquide est, du reste, tout à fait semblable à l'eau de l'amnios.

Il est rare que l'utérus acquière un volume très-considérable sans qu'il exerce sur les fonctions des organes thoraciques la gêne que nous avons décrite en étudiant l'ascite. Quelques faits prouvent que cette gêne a pu être assez considérable pour produire l'asphyxie. Dans un cas rapporté par M. Duclos, la distension de l'utérus était telle, que le volume de l'organe, quoique la grossesse ne fût arrivée qu'au septième mois, distendait outre mesure l'abdomen, refoulait le diaphragme, et gênait tellement la circulation et la respiration, que la vie de la femme parut sérieusement compromise. Les médecins appelés en consultation décidèrent qu'on devait provoquer les contractions aussitôt que le col de l'utérus offrirait quelque tendance à la dilatation. La suffocation devenant imminente, M. Duclos rompit les membranes et laissa écouler d'abord une certaine quantité de liquide ; puis, maintenant les doigts dans le col, il s'opposa à l'évacuation complète. Quatre fois, et à quinze minutes d'intervalle, il laissa s'écouler une nouvelle quantité pendant qu'on exerçait une légère pression sur le ventre. De cette manière, il en retira 7 kilogrammes, sans compter celui qu'on ne put recueillir. Les accidents cessèrent immédiatement. L'utérus ne paraissant capable d'aucun effort et le col n'offrant aucune résistance, on le dilata facilement, et l'on amena par le forceps un enfant vivant, mais petit et faible, et dont les membres étaient très-grêles. La femme se rétablit.

M. Évrat aîné (de Lyon) a publié plusieurs observations dans lesquelles l'asphyxie était presque complète (teinte cyanosée du visage, respiration nulle,

absence de pulsations artérielles). Les femmes ont été rapidement rappelées à la vie par la ponction des membranes et l'écoulement d'une grande quantité d'eau.

Il suffit pour que les accidents graves soient le résultat de l'hydropisie amniotique, que celle-ci ait donné prématurément à la matrice le volume qu'elle n'a ordinairement qu'au terme de la grossesse. Comme le fait remarquer Scarpa, on est étonné que cet organe, dans le cas d'hydropisie avec grossesse, produise des accidents de suffocation qu'il ne détermine jamais à la fin du neuvième mois, bien qu'alors son volume soit le même. C'est que, dans le premier cas, son développement est brusque et très-rapide, tandis que, dans le dernier, la dilatation s'opérant par degrés presque insensibles, les parois abdominales cèdent peu à peu, permettent à l'utérus de se porter fortement en avant et un peu moins en haut, de manière à refouler beaucoup moins le diaphragme.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'ascite existe souvent en même temps que l'hydramnios; mais, ces deux maladies pouvant exister isolément, il est important d'établir leur diagnostic différentiel.

Dans l'ascite compliquant la grossesse, les urines sont rares, blanchâtres et troubles, la soif est vive et continue, les membres inférieurs et les parties génitales sont le plus souvent très-infiltrés. Il est difficile, parfois même impossible, de délimiter la forme et le fond de l'utérus, à cause de la forme irrégulière du ventre et de la distension énorme des hypochondres. La percussion permet de constater une ondulation, une espèce de fluctuation beaucoup plus manifeste à la partie supérieure du ventre qu'à la partie inférieure.

Dans l'hydropisie de l'amnios, le volume du ventre se rapproche beaucoup de celui d'un utérus à terme, bien que la grossesse ne soit encore arrivée qu'à cinq ou six mois. La forme de l'utérus s'arrondit, au point de devenir presque sphérique; la fluctuation est plus obscure; peu ou point de soif, urines normales, dans quelques cas, peu ou pas d'infiltration des membres inférieurs. La tumeur ombilicale existe rarement, et quand elle se rencontre, elle n'offre pas la transparence qu'elle présente dans l'ascite.

L'extrême distension de l'utérus provoque souvent des contractions prématurées et l'avortement. Quelquefois le fœtus naît vivant, mais trop peu développé pour continuer à vivre. Souvent il meurt dans le sein de la mère, et n'est expulsé qu'au bout d'un temps plus ou moins éloigné.

L'hydropisie de l'amnios, qui est si grave relativement à l'enfant, compromet rarement la vie et même la santé de la mère. Dans quelques cas malheureux pourtant elle a succombé; mais en général elle n'est que gravement incommodée par le volume excessif de l'utérus et la gêne qui en résulte pour les autres organes. Le plus souvent l'expulsion du liquide est spontanée, et avec les eaux sont expulsés le fœtus, les membranes et le placenta; de sorte que, la cause n'existant plus, la maladie est complétement guérie.

S'il faut en croire quelques observateurs, la rupture des membranes et l'expulsion du liquide qui en est la conséquence ne seraient pas toujours suivies de la sortie de l'enfant. Les membranes se rompent alors sur un point situé au-

dessus du niveau du col, l'utérus se débarrasse lentement de la quantité surabondante du liquide, et la grossesse continue sans autre accident qu'un écoulement d'eau plus ou moins fréquent. Je crois que dans la majorité de ces cas on a pris pour une hydropisie de l'amnios une accumulation d'eau entre les membranes et l'utérus, comme dans l'hydrorrhée dont nous allons parler. Je dois avouer pourtant que le cas suivant, observé par Ingleby avec tout le soin convenable, ne laisse guère de doute sur la possibilité du fait au moins à titre d'exception très-rare. Une dame, arrivée au sixième mois d'une grossesse, perdit tout à coup pendant la nuit une grande quantité d'eau. A partir de ce moment et jusqu'à la fin de la grossesse, il s'écoula, tous les deux ou trois jours, une pinte et un quart de liquide. La femme accoucha d'un gros garçon. Le délivre fut expulsé spontanément. Je le reçus avec la main, dit l'auteur, pour éviter que les membranes ne se déchirassent; j'examinai le tout avec grand soin, et je découvris, outre l'ouverture que la tête avait faite au centre de membranes, une seconde ouverture circulaire placée sur le rebord du placenta. C'est sans doute de cette ouverture que le fluide s'échappait de temps en temps.

Un grand nombre d'observations prouvent que l'hydramnios se reproduit souvent chez la même femme aux grossesses suivantes.

Une circonstance remarquable, signalée par MM. Bunsen et Kill, et dont j'ai moi-même observé un exemple, c'est un état hydropique du fœtus qui tantôt était hydrocéphale, tantôt offrait une ascite.

Les mêmes auteurs disent encore avoir observé qu'assez souvent alors le volume du placenta est excessif. Ainsi, dans une observation rapportée par M. Kill, et où la distension extrême de l'utérus causa l'avortement au sixième mois de la grossesse, la circonférence du délivre était d'un tiers plus grande, et son épaisseur le double de celle des placentas ordinaires. Il offrait une couleur pâle; son tissu était spongieux, et, en le divisant, on pouvait facilement constater que les vaisseaux qui rampent dans son épaisseur avaient presque le volume des artères et de la veine ombilicale.

L'abdomen du fœtus contenait une grande quantité de liquide. Le foie était très-volumineux, occupait presque toute la cavité abdominale. Sa structure était normale, sans trace aucune d'enflure; mais ses vaisseaux étaient très-développés. Ce volume du foie est lié, suivant l'auteur que nous citons, au développement excessif du placenta, dont les vaisseaux très-développés doivent porter beaucoup de sang dans la veine ombilicale (Churchill, page 50).

Lorsque la maladie existe, il est bien difficile de trouver des moyens propres, je ne dis pas à la guérir, mais même à en ralentir la marche. Les diurétiques ont en général paru peu efficaces. Quelques praticiens semblent avoir retiré de bons effets de la diète sèche. Burns recommande spécialement l'usage des bains froids. Ordinairement et quoi que l'on fasse, le mal augmente jusqu'au moment où le travail commence; et, dans l'immense majorité des cas, il n'y a rien à faire qu'à attendre ce moment. Cependant, si le volume de l'organe était excessif, si surtout l'hydropisie de l'amnios se compliquait d'ascite et d'infiltration générale, et que la vie de la malade fût compromise par la gêne apportée à l'hématose,

on devrait se résoudre à provoquer l'évacuation des eaux par la rupture des membranes.

La ponction se fait ordinairement avec une sonde d'homme ou de femme, un stylet qu'on pousse à travers le col jusque sur les membranes, qu'on perfore avec son extrémité. Quand le col est convenablement dilaté, le doigt suffit souvent pour les rompre. Quand on n'est pas pressé d'agir, on peut préalablement solliciter des contractions en plaçant à demeure dans la cavité du col un morceau d'éponge préparée, ou en donnant quelques douches sur le segment inférieur de l'utérus (voy. *Accouchement prématuré artificiel*). Mais si la gravité des accidents nécessitait une intervention immédiate, il y aurait, je crois, quelque avantage à suivre le conseil de M. Guillemot, et à glisser la sonde entre l'œuf et l'utérus pour aller percer les membranes bien au-dessus du col : ce procédé permettrait de modérer à son gré la sortie du liquide, de ne laisser écouler, pour ainsi dire, que le trop-plein. On pourrait abandonner ensuite la grossesse à elle-même.

Si par hasard le col était complétement oblitéré, il faudrait pratiquer la ponction par le vagin et au voisinage de l'orifice de l'utérus. Camper, Scarpa, donnent le conseil de ponctionner entre l'ombilic et le pubis. Dans une des observations d'Évrat aîné, la ponction fut faite au lieu dit d'élection pour la paracentèse. Huit jours après, la malade accoucha de deux enfants vivants, puis se rétablit complétement. Les détails donnés par l'auteur ne permettent pas de savoir s'il s'agissait d'une ascite ou d'une hydropisie de l'amnios, comme il le pense.

La ponction vaginale me paraît, dans tous les cas où le col n'est pas accessible, faire courir à la mère et au fœtus moins de chances défavorables.

§ II. — Hydrorrhée.

Les Allemands ont donné le nom d'*hydrorrhée* à des pertes d'eau qui surviennent pendant la grossesse, et qui, en général, ne sont précédées ni suivies de contractions utérines; de telle sorte que la grossesse en est peu troublée, que la femme n'en arrive pas moins à son terme, et que, lors de l'accouchement, la poche des eaux se forme comme à l'ordinaire. Cet accident est assez fréquent dans les derniers mois de la grossesse; il est très-rare au commencement de la gestation. J'ai eu l'occasion de l'observer une fois entre le troisième et le quatrième mois, et il ne s'est reproduit qu'une fois pendant le reste de la grossesse, qui s'est heureusement terminée (voy. AVORTEMENT, article *Diagnostic*).

Le nombre de ces pertes et la quantité d'eau qui s'écoule chaque fois sont excessivement variables. Quelquefois le liquide s'écoule par flots, quelquefois goutte à goutte; mais sa quantité peut s'accroître d'une manière incroyable. La perte peut ne se montrer qu'une fois ou se renouveler souvent. Elle apparaît, du reste, à des intervalles très-inégaux, dans un temps assez long, pendant lequel les émotions de l'âme ou l'agitation du corps influent singulièrement sur l'abondance de cet écoulement. Elle peut augmenter aussi au milieu du calme le

plus parfait, la nuit, pendant le sommeil, par exemple; et il est assez rare qu'on puisse en trouver la cause. La femme est ordinairement bien portante avant que la perte se déclare, et tout à coup elle se sent mouillée, si le liquide s'écoule goutte à goutte, ou elle entend subitement un bruit assez intense causé par l'irruption soudaine d'un flot considérable de liquide. Le plus souvent la malade n'éprouve aucune douleur pendant ou après cet écoulement. Cependant il arrive que la déplétion trop rapide de l'utérus et le retrait des parois qui la suit, provoquent quelques légères contractions utérines ; si la femme garde le repos, ces contractions se calment, et tout rentre dans l'ordre. L'eau qui s'écoule est ordinairement un peu jaune, très-limpide, quelquefois teinte par un peu de sang; elle laisse sur le linge des taches roides et d'une odeur spermatique très-prononcée.

Lorsque l'hydrorrhée s'accompagne de douleurs, elle a pu faire croire à un avortement prochain. On a même vu des accoucheurs, convaincus de la rupture des membranes, faire tous leurs efforts pour accélérer et terminer un travail qui n'était pas commencé, et qui, sans eux, n'aurait eu lieu qu'au terme ordinaire de la grossesse.

Nous avons observé, au sixième mois de la grossesse, un cas d'hydrorrhée, qui fut accompagné de quelques contractions utérines avec effacement presque complet du col; celui-ci présentait en outre une ouverture de la largeur d'une pièce d'un franc environ. Le repos au lit et quelques lavements laudanisés firent disparaître cette menace d'avortement, et la malade accoucha à terme.

On évitera l'erreur, si l'on fait attention que, malgré l'écoulement d'une notable quantité d'eau, le volume de l'utérus, sa consistance, sa souplesse, sont ceux qu'il offre ordinairement à cette époque. Ces remarques suffiraient au moins pour faire naître un doute dans l'esprit sur la véritable source de ces eaux; et dès qu'il y a doute, on doit tout faire pour prévenir et non accélérer l'avortement.

Ces eaux, qui n'ont aucun rapport, quant au siége, avec les eaux de l'amnios, ont reçu le nom de *fausses eaux*, pour les distinguer de celles qui ne s'écoulent qu'après la rupture des membranes.

Diverses opinions ont été émises sur l'origine et le siége de ces fausses eaux. Ainsi quelques accoucheurs ont pensé qu'elles étaient contenues entre le chorion et l'amnios, et que leur écoulement était causé par la rupture de la membrane chorion; d'autres, qu'elles étaient dues à la rupture d'une hydatide logée dans la cavité ou située sur le col de l'utérus (Bœhmer, Rœder). Baudelocque émit l'opinion que cet écoulement était le résultat de la transsudation des eaux de l'amnios à travers les membranes. Il en est qui, pour les expliquer, ont invoqué un état d'œdème et d'infiltration du tissu cellulaire de l'utérus. Il est facile de réfuter toutes ces opinions, en rappelant la répétition fréquente des écoulements et l'abondance du liquide qui s'écoule souvent par flots plus ou moins abondants. Mauriceau, Camper et Capuron ont pensé que ces eaux provenaient de l'intérieur de l'amnios. Dans certains cas, suivant eux, les membranes