peuvent se rompre sur un point éloigné de l'orifice; le trop-plein du liquide amniotique peut alors s'écouler peu à peu, et l'accouchement cependant ne pas avoir lieu. Cette explication n'est pas acceptable pour le plus grand nombre de cas d'hydrorrhée; car on n'a jamais remarqué que chez les femmes qui avaient ainsi plusieurs fois, pendant la grossesse, perdu des eaux, la quantité d'eau qui s'écoulait au moment de l'accouchement fût moindre qu'à l'ordinaire, et, quelque soin qu'on ait mis à examiner les membranes après l'accouchement, il est très-rare qu'on ait trouvé une trace de déchirure ancienne. Quelques faits très-observés démontrent cependant que l'opinion de Mauriceau peut être exceptionnellement vraie (voy. page 550).

Presque toujours le liquide qui s'écoule ainsi pendant la grossesse, et quelquefois même peu de jours avant le terme, s'était accumulé entre la surface interne de l'utérus et un point plus ou moins étendu des membranes décollées. Cette opinion, professée par Nægele, a été récemment reproduite par un de ses élèves, dans une thèse soutenue à Heidelberg, et à laquelle j'emprunte la plupart de ces détails. Le liquide, sécrété par la surface interne de l'organe, décolle les membranes, se forme une espèce de poche dans laquelle il séjourne, jusqu'à ce que sa quantité, augmentant toujours, achève de décoller les membranes jusqu'au col de l'utérus; alors le liquide fait irruption.

Cette théorie a été confirmée par l'examen cadavérique d'une femme enceinte qui avait été atteinte d'hydrorrhée. Le docteur Duclos (de Toulouse), à qui nous devons cette observation, trouva les membranes décollées dans une partie de leur étendue; c'était là le point qui avait fourni le liquide de l'hydrorrhée. Ailleurs les membranes étaient soulevées par du liquide accumulé entre elles et la paroi utérine et tout préparé pour ainsi dire à donner lieu à une nouvelle attaque d'hydrorrhée, quand le décollement se serait étendu jusqu'au col.

Si l'on admet, avec le professeur Burdach, qu'il s'opère à la face interne de l'utérus une exhalation de liquides qui, transsudant à travers les membranes, arrivent jusque dans la cavité amniotique, pour servir, pendant une grande partie de la grossesse, à la nutrition du fœtus, il est facile de s'expliquer cette accumulation anormale de liquide par un excès de sécrétion ou un arrêt dans la transsudation. On pourrait encore l'expliquer en disant que cette sécrétion continuant au delà du terme ordinaire, le liquide est obligé de se créer une cavité, une espèce de réservoir, en décollant les membranes dans une certaine étendue.

L'hydrorrhée n'est pas, en général, un accident grave; cependant, quand elle se répète souvent, elle peut provoquer des contractions prématurées.

Le traitement est très-simple : les femmes doivent se condamner à un repos absolu, éviter toute commotion physique et morale, pendant toute la durée de l'écoulement, et sept ou huit jours après qu'il a cessé. Lorsqu'il est suivi de quelques légères contractions, les lavements laudanisés en font justice; si enfin la malade offrait quelques phénomènes de pléthore générale ou locale, ces accidents seraient combattus par des moyens appropriés.

§ III. — Hydropisie des villosités choriales (môle hydatique).

Les villosités choriales se laissent quelquefois distendre par du liquide qui s'amasse dans leur cavité, les renfle et leur donne la forme de vésicules arrondies, comparables à des grains de groseille ou de raisin, ayant, par conséquent, quelque analogie avec les vésicules formées par des hydatides; aussi, pendant longtemps on ne vit dans l'hydropisie des villosités choriales que de véritables hydatides. M. Velpeau le premier fit remarquer que le chorion était le point de départ de la môle hydatiforme; les recherches micrographiques de M. le professeur Robin ont encore mieux précisé la véritable nature de la maladie; on retrouve, en effet, dans l'enveloppe des vésicules hydatiformes tous les caractères anatomiques des parois des villosités choriales. Aujourd'hui, il est parfaitement démontré que la maladie décrite sous le nom de môle hydatique n'est qu'une hydropisie des villosités choriales.

Cette hydropisie est rare; on en trouve cependant une bonne description dans la thèse du docteur Cayla, qui nous a été très-utile pour la rédaction de cet article.

Lorsqu'on examine un œuf présentant l'altération qui nous occupe, on voit, comme à l'ordinaire, les villosités se détacher de la surface du chorion. Tantôt leur pédicule n'a nullement changé de volume; tantôt, au contraire, il est un peu dilaté. C'est au niveau du point où il commence à se ramifier que commencent aussi à apparaître les dilatations ou vésicules hydatiformes: on voit alors les branches des villosités choriales se renfler d'espace en espace. Ces renflements varient de volume depuis celui d'une noisette, ou mieux d'une noix, jusqu'à des dimensions presque imperceptibles à l'œil nu. Souvent une villosité entière est métamorphosée presque complétement en une grappe de vésicules grosses à peu près comme une grappe de groseilles. Sur les plus grosses vésicules se trouvent fréquemment insérées des vésicules plus petites; cette insertion a lieu, en général, au moyen d'un pédicule très-étroit, portion de la branche choriale qui ne s'est pas dilatée. Ce pédicule varie depuis 1 jusqu'à 2 millimètres. Il est parfois d'une ténuité extrême, mais parfois il atteint 1 millimètre de diamètre et, dans ce dernier cas, il laisse refluer le liquide d'une vésicule à l'autre; plus souvent il est oblitéré sur un point plus ou moins étendu de son trajet. Toutes les vésicules du même groupe sont donc unies entre elles par des pédicules; elles forment ainsi des grappes de l'aspect le plus bizarre, qui rappelle du reste celui des villosités à l'état normal.

Il est en général assez facile d'isoler les grappes les unes des autres et de suivre leur pédicule jusque sur le chorion; d'autres fois leur arrangement est inextricable.

Le liquide des vésicules est ordinairement incolore, transparent, fluide comme de l'eau, tenant en dissolution de l'albumine; quelquefois la sérosité est rougeâtre.

L'hydropisie peut atteindre soit les villosités choriales proprement dites, soit les villosités placentaires; dans ces deux cas, la vie du fœtus est presque constamment compromise. Le fait dominant dans l'affection qui nous occupe est, en effet, la disposition des vaisseaux ombilicaux. L'hydropisie porte-t-elle sur la totalité des villosités, la mort du fœtus en sera la conséquence nécessaire, et si elle survient à une époque voisine de la conception, celui-ci pourra se dissoudre dans le liquide amniotique et disparaître.

L'altération des villosités est-elle moins ancienne, ou moins complète, on aura une môle embryonnée, dans laquelle le cadavre du fœtus offrira des états très-variables de développement. Quelquefois même, mais c'est une exception rare, le

œtus peut être parfaitement développé, si l'altération porte sur un petit nombre de villosités. Enfin une observation de M. Brachet démontre que quelques grappes d'une môle hydatiforme développées sur le placenta n'empêchèrent pas la naissance à terme d'un enfant de taille ordinaire et bien portant. Dans une grossesse gémellaire, il est incontestable que l'altération de l'un des œufs peut avoir une influence funeste sur l'autre ; néanmoins, quelques faits, cités dans le *Dictionnaire* en 30 volumes, montrent que l'un des œufs ayant été transformé en môle hydatiforme, l'autre fœtus peut se développer régulièrement et naître à terme.

Quels sont les symptômes à l'aide desquels on peut soupçonner ou reconnaître l'hydropisie des villosités choriales ? Aucun des signes ordinaires de la grossesse ne fait défaut ; si l'altération est peu développée, le diagnostic est donc à peu près impossible ; quand la môle hydatique est, au contraire, assez complète pour dénaturer le produit de la conception, la maladie peut être soupçonnée et quelquefois reconnue. Tous les auteurs s'accordent en effet à dire que, dans ces cas, les hémorrhagies sont fréquentes et qu'elles coïncident avec un développement exagéré de l'utérus, dont le volume n'est plus en harmonie avec l'époque présumée de la grossesse. On trouve ces deux symptômes réunis dans une observation de M. Depaul, déjà publiée par M. Cayla ; mais le signe capital se tire de l'accroissement trop rapide de l'utérus et c'est par lui que le diagnostic put être établi d'une façon précise dans le fait suivant, que nous devons à l'obligeance de M. Pajot qui a bien voulu nous le communiquer ; on en lira la relation avec intérêt : « J'ai observé un exemple de prétendues hydatides de l'utérus avec M. le doc» teur Gocherand (d'Ivry). Ce fait, le troisième que je voyais, se présenta avec des » conditions très-différentes des deux premiers cas observés par moi et m'offrit » l'occasion d'étudier une altération bien plus prononcée des villosités choriales.

» La malade était une jeune femme déjà accouchée d'un premier enfant un an » auparavant environ ; elle se disait alors enceinte d'à peu près trois mois. A » l'examen, je fus fort surpris de trouver l'utérus développé comme à huit mois de » grossesse. Une sensation de flot très-évidente me fit d'abord croire à une col» lection de liquide ou à un kyste de l'ovaire rapidement développé ; mais j'acquis » bien vite la certitude de l'existence du liquide dans la cavité même de la ma» trice. Le toucher me fit constater un développement considérable du segment » inférieur de l'utérus. Le col, ramolli comme à huit mois de grossesse, présen» tait les caractères de la multiparité. Il était possible d'introduire l'indicateur » jusque vers l'orifice interne hermétiquement clos. De plus, en promenant le doigt » dans les culs-de-sac, la main gauche étant appliquée sur le fond de l'utérus, on » éprouvait encore la sensation de fluctuation, déjà si nettement perçue par le » palper. Il n'y avait dans aucun point du ventre de parties solides. L'état géné» ral de la malade était mauvais : sécheresse de la peau, chaleur vive, 120 pul» sations.

» Ce fut le seul des trois cas où le diagnostic put être porté.

» Je conseillai l'introduction d'une sonde de gomme élastique à travers l'orifice » interne, et l'administration de l'ergot de seigle. Ces moyens furent mis en usage » dès le lendemain, et la malade expulsa avec une grande quantité de liquide une » multitude de vésicules hydatiformes détachées les unes des autres ou réunies en » grappes de cinq à six. L'ensemble constituait une masse assez considérable pour » remplir un chapeau d'homme. Ces vésicules furent apportées à M. Paul Dubois. » Il les montra à sa clinique et en fit le sujet d'une de ses leçons.

» L'évacuation ne fit pas cesser les accidents généraux, la malade s'affaiblit de » plus en plus et succomba quelques jours après l'opération. Malheureusement » l'autopsie ne put être faite. » (Pajot.)

L'utérus, généralement trop volumineux pour l'âge de la grossesse, offre quelquefois l'anomalie contraire. (Thèse du docteur Louvet-Lamarre.)

La durée de la grossesse est en général moindre que celle de la grossesse régulière ; le plus souvent l'expulsion de l'œuf a lieu avant le sixième mois. Cette expulsion n'offre rien de particulier ; les phénomènes qui la précèdent, l'accompagnent ou la suivent, sont en tout semblables à ceux de l'avortement, mais en général l'hémorrhagie est abondante.

La production d'une môle hydatiforme ne paraît pas avoir ordinairement d'influence sur la santé générale de la femme ni sur les grossesses consécutives ; cependant madame Boivin cite l'exemple de femmes qui ont eu le triste privilége d'engendrer ainsi plusieurs fois des môles vésiculaires.

ARTICLE II

LÉSIONS DES VILLOSITÉS PLACENTAIRES

Les altérations du placenta, quoique fort communes, sont encore peu connues ; aussi, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, nous n'étudierons que les lésions les plus importantes.

Pour exposer plus clairement ce qui est relatif à la pathologie placentaire, nous croyons nécessaire de revenir sur quelques détails de la structure du chorion et de ses villosités. La substance du chorion et celle de ses villosités sont identiques ; c'est une membrane formée par des cellules polyédriques qui sont très-apparentes jusqu'à la sixième semaine. Plus tard, leur nucléole disparaît, leur noyau devient moins transparent, et le corps de la cellule se remplit de granulations. Le chorion offre donc bientôt l'aspect d'une membrane continue, plus ou moins granuleuse, parsemée de noyaux.

Au début de sa formation, le chorion forme une sphère creuse, régulière, à contours lisses ; mais bientôt sa surface se recouvre d'une multitude de prolongements qui ont reçu le nom de villosités. Ces prolongements sont presque tous parcourus par un canal qui se termine en cul-de-sac à l'extrémité libre de la villosité, tandis qu'il s'ouvre librement à la face interne du chorion. La face interne de cette membrane est donc criblée de petits pertuis qui tous communiquent avec le canal des villosités. Quand l'allantoïde se développe, elle s'applique à la face interne du chorion et envoie bientôt des prolongements vasculaires dans la plupart des villosités. Parmi ces villosités, les unes continuent à s'accroître pour former le placenta, les autres, au contraire, s'atrophient par un mécanisme qui a été bien étudié par M. Robin (*Archives générales de médecine*, 1848, et *Gazette médicale*, 1854), et qui donne la clef de quelques lésions présentées par le placenta. Voici comme on peut résumer les recherches du professeur d'histologie :

1° Quand les villosités se forment, quelques-unes d'entre elles avortent dans leur évolution et ne présentent pas de canal central ; elles restent donc complétement étrangères à la circulation allantoïdienne. Elles forment un cylindre plein : leur substance présente un grand nombre de granulations grisâtres.

2° Les villosités, presque toutes creusées d'un canal, ne reçoivent cependant pas toutes un prolongement de l'allantoïde ; quelques-unes d'entre elles restent vides, et se font remarquer par la quantité considérable de granulations moléculaires graisseuses dont leur paroi est parsemée.

3° Les villosités, devenues presque toutes vasculaires à une certaine période du développement de l'œuf, s'atrophient pour la plupart quand le placenta devient distinct. Quand on suit ce travail d'atrophie, on voit d'abord disparaître les vaisseaux allantoïdiens qui parcouraient la villosité ; le canal de la villosité est bientôt oblitéré et rempli par du tissu semblable à celui du magma réticulé. Les parois mêmes de la villosité se chargent de graisse, sous forme de granulations grais-