

**Étude sur l'hydropisie de l'amnios : thèse pour le doctorat en médecine /
présentée et soutenue par Agile Delassus.**

Contributors

Delassus, Agile.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : Delahaye et Lecronier [sic], 1881.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/dhupq9wz>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

204

3

ÉTUDE

SUR

L'HYDROPIE DE L'AMNIOS.





Digitized by the Internet Archive
in 2015

<https://archive.org/details/b22276221>

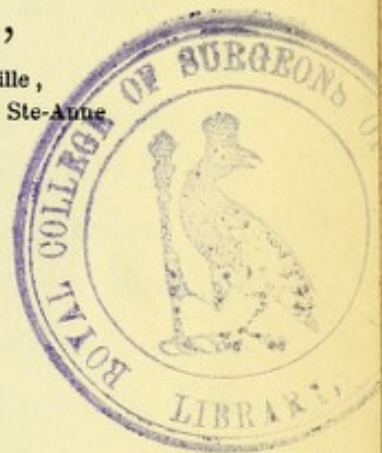
ÉTUDE
SUR
L'HYDROPIE DE L'AMNIOS
THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

AGILE DELASSUS,

Ancien Aide d'Anatomie à la Faculté libre de Lille,
Interne de l'Hôpital Ste-Eugénie et de la Maternité Ste-Anne.



PARIS,
DELAHAYE ET LECRONIER, LIBRAIRES
Place de l'École de Médecine.

1881.

ÉTUDE

DE

LA MÉTHODE DE L'ANALYSE

DE

LE MÉTHODE DE L'ANALYSE

DE

DE

DE

DE

INTRODUCTION.

Observer, en l'espace de quelques mois, sept cas d'hydropisie de l'amnios, est une bonne fortune trop rare, pour que nous n'ayons pas saisi avec empressement l'occasion d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

La question a été peu étudiée en France et les auteurs les plus récents se sont bornés à un point de l'histoire de la maladie. Notre première pensée avait été également de nous limiter ; mais un coup d'œil jeté sur la bibliographie a suffi pour nous convaincre que nous ferions œuvre plus utile en présentant une étude d'ensemble de cette affection, si intéressante à tous les points de vue. Nous nous efforcerons spécialement d'exposer l'état de la science sur la Pathogénie, question pleine de difficultés et diversement résolue par les auteurs.

Nous remercions MM. les professeurs Faucon et Eustache de l'obligeance avec laquelle ils nous ont permis de disposer des observations prises pendant notre internat dans leur service à la Maternité Sainte-Anne.

DÉFINITION ET FRÉQUENCE.

Tous les auteurs s'accordent pour définir l'hydropisie de l'amnios ou hydramnios : l'accumulation morbide de liquide dans la cavité amniotique. Mais cette définition n'est pas plus tôt donnée, que naissent les difficultés. Où s'arrête l'état physiologique, où commence l'état morbide ? Une réponse précise à cette question n'est pas facile à trouver et ne le sera peut-être jamais ; car si l'on peut dire hydropéricarde, ascite, épanchement pleurétique, dès que l'on trouve du liquide dans le péricarde, le péritoine, la plèvre, cavités qui n'en contiennent pas à l'état normal, il n'en est pas de même pour l'amnios. Ici, en effet, la présence d'un liquide est physiologique, mais sa quantité est très variable, même à l'état le plus normal, depuis ces cas de *partus siccus* où le liquide paraît manquer, jusqu'à ceux où un fœtus très bien développé nage véritablement dans les eaux qui inondent le lit de travail.

Aussi, à en croire Guillemet (Thèse de Paris 1876) et d'autres auteurs, qui ne s'appuient que sur les statistiques, l'hydramnios serait-elle une affection rare, cinq cas

à peine sur plus de mille accouchements. Mais, comme le dit Charpentier, (Arch. de Tocologie 1880) c'est l'hydramnios type qui est rare, celle où le liquide se mesure par 5, 6 ou 8 litres, tandis que les autres cas passent inaperçus ou ne sont pas notés. Le fœtus étant sain, on se contente de signaler que les eaux sont abondantes. Si notre attention n'avait pas été éveillée par deux cas observés quelques semaines auparavant, nous aurions laissé passer deux faits d'hydramnios de moyenne abondance.

Si, avec Cazeaux et presque tous les accoucheurs, on admet qu'il y a hydramnios quand la quantité du liquide dépasse un kil. ou un kil. et demi, il est permis de dire que l'hydropisie amniotique est un *fait* commun. Nous n'osons pas dire *affection*, car le plus souvent dans ces cas légers on ne trouve, nous le répétons, rien d'anormal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE.

Notre intention n'est pas de faire un historique complet et détaillé de l'hydramnios. Guillemet s'est longuement étendu sur ce côté de la question, se limitant toutefois aux seuls travaux des auteurs français. La bibliographie nous montre, et nous devons le constater, que des écrits nombreux et faisant autorité ont été publiés à l'étranger, particulièrement sur la pathogénie de l'hy-

dramnios et la question des origines du liquide amniotique qui en est inséparable. Nous nous bornerons à donner un *Index bibliographique* qui permettra de suivre facilement la succession des travaux connus sur ce sujet. Nous l'empruntons à Charpentier, en ayant soin cependant de laisser de côté les écrits qui traitent exclusivement de la composition chimique ou des origines normales du liquide amniotique, et en y faisant quelques additions.

L'histoire de l'hydropisie de l'amnios a surtout été faite dans des monographies, dans des réflexions placées par les auteurs à la suite des observations, dans quelques rares thèses. A part Cazeaux, qui lui consacre quelques pages, les auteurs classiques la passent sous silence ou se bornent presque à constater son existence. Nous n'avons pas mentionné ces Traités didactiques dans l'énumération qui suit :

1812. Journal de Sédillot : *Mercier, Devilliers*. — 1830. *Robert Lee*, London, Med. Gazette. — 1834. *Ollivier d'Angers, Pelletan, Ingleby*, Arch. de Médecine, — Thèse de *Dubuisset*. — 1835. *Dubois et Désormeaux*, art. Hydromètre: Dict. en 30 vol. — 1844. *Godefroy*. Journal des connaissances médico-chirurgicales. — 1849. *Oulmont*. Revue médico-chirurgicale. *Gassner* : Monat. f. Geburt. — 1852. *Scherer*. Origine du liquide amniotique : Verhandlungen der Physiol. Medicin. Gesellschaft-Wurzburg. — 1863. *Mac-Clintock*. Clin. Mém. on Diseases of Women. art. Dropsy of Ovum. — 1868. *Bourgarel*. Arch. de Méd. navale. — 1869. *Liegener*. De l'hydramnios, 40 observations, Berlin. — *Jungbluth*. Diss. inaug. Bonn, *Virchow's Archiv*. Bd 48 S. 523. — 1872. *Sentex*. Considérations sur l'amniotite. Bull. Méd. Nord. — 1873. *Gusserow*. Arch. fur Gynœk. III, p. 241. — *Winkler*, id., IV. — 1874. *Levison*. Th. Copenhagen. — *Depaul*. Arch. Tocol. Hydramnios

et grossesse extra-utérine. — 1875. *Sallinger*. Zurich. — 1875. *Peel*. Th. Paris — 1876. *Guillemet*. Th. Paris. — *Kustner*. Arch. F. Gynæk. — *Gervis*. London, St. Thomas' hospital Reports. — *Leroy Langevinère*. 1 observation. Arch. Tocol. P. 616. — 1877. *Weil*. Th. Strasbourg. — 1878. *Kidd*. Diagn. of Dropsy of amnios. Dublin, J. Méd. Scienc., vol. LXVI. — *Boddy*. Hydr. Amnios simulant un kyste de l'ovaire. Brit. Med. J. — *Ahlfeld*. Arch. für Gyn. — 1879. *Lebedjew*. Th. St.-Pétersbourg. — *Pilat*. 1 observation. Ann. Gynéc. — 1880. *Fournier*. Syphilis chez la femme. — *Petitjean*. Th. Paris. — *Charpentier*. De l'hydramnios aiguë et chronique. — 1881. *Bar*. Th. de Paris, Pathogénie de l'hydramnios. — *Martin, Carl Ruge, Dohrn, Kehrér*. Torsions du cordon. Travaux résumés dans la Revue d'Hayem, Octobre 1881.

DIVISION.

Mercier, Désormeaux et Jacquemier ont, les premiers, appelé l'attention sur la distinction qu'il y avait à faire de deux formes d'hydramnios, l'une active, l'autre passive, division précisée et justifiée par Charpentier qui les désigne sous le nom d'hydramnios aiguë et hydramnios chronique.

Guillemet ne croit pas cette distinction bien importante au point de vue clinique et prétend que la marche est à peu près la même dans les deux formes. La suite de ce travail montrera le peu fondé de cette assertion.

Quand on étudie une maladie, la phthisie, par exemple, on trouve très logique de voir les auteurs distinguer deux formes dans cette affection, l'une aiguë et l'autre chronique. Car, si la lésion anatomique est la même dans les deux cas, le tableau symptomatique présente des différences assez accentuées.

Il en est de même pour l'hydramnios.

Peut-on, en effet, placer côte à côte et confondre dans une même description des cas où, en quelques jours, en une nuit, le volume du ventre a acquis des proportions considérables, et d'autres où le même développement s'est produit progressivement, a demandé des mois entiers et s'est accompagné de troubles infiniment moins graves et moins inquiétants.

Nous adoptons donc pleinement la distinction d'une forme aiguë et d'une forme chronique, celle-ci étant toutefois beaucoup plus commune que la première.

SYMPTOMATOLOGIE.

Si bien fondée, si logique que soit la distinction dont nous venons de parler, il ne faut pas oublier que le fait physique, l'accumulation du liquide, est le même de part et d'autre, à sa quantité et à la rapidité de sa formation près. Aussi trouverons-nous des symptômes communs aux deux formes et des symptômes particuliers à chacune d'elles.

Pour mettre un peu d'ordre et de clarté dans cette symptomatologie, nous adoptons le plan suivant :

Début	{	forme chronique.
	}	forme aiguë.
Symptômes locaux...	{	communs.
	}	particuliers.
Symptômes généraux	{	communs.
	}	particuliers.

Avant d'aborder cette étude, nous devons faire remarquer que l'ensemble du tableau symptomatique que nous allons tracer ne peut s'appliquer à tous les cas. Pour cette description, nous sommes forcé de prendre un cas type, sauf à signaler, chemin faisant, la constance et la fréquence relatives de chaque symptôme.

Des sept cas qu'il nous a été donné d'observer, trois peuvent être considérés comme des cas très complets d'hydramnios chronique. Nous les aurons surtout en vue dans notre description.

Début. — Dans la forme *chronique* il peut passer inaperçu. L'exagération du liquide commence avec la gestation. La femme est frappée du volume de son ventre ; elle croit s'être trompée dans son calcul et être plus avancée dans sa grossesse qu'elle ne le pensait.

Dans l'un des cas que nous avons observés, la femme nous affirme qu'au 2^e mois, on voyait déjà qu'elle était enceinte (Obs. I). Une autre nous dit que son mari la

croyait enceinte de quatre mois quand elle ne l'était que de deux. Pour les observations III, IV, VI et VII, à aucun moment, les femmes ne se sont aperçu que leur ventre eût pris un développement plus rapide. Dans le cinquième cas, au contraire, c'est vers la moitié du 6^e mois que le volume du ventre s'accrut plus que de coutume. Nombre d'observations n'indiquent pas la date du début, dans d'autres on note que la femme n'a jamais remarqué de développement subit de son ventre. Nous croyons donc que l'hydramnios commence à un moment plus rapproché du début de la grossesse que ne l'indique Oulmont. Cet auteur place la plus grande fréquence du début du 4^e au 5^e mois. Mais n'oublions pas qu'il ne distingue pas les deux formes, aiguë et chronique, et que ses chiffres ne sauraient s'appliquer à l'une d'elles en particulier. Les douleurs sont rarement notées et, dans nos sept cas, le début a été tout-à-fait indolore.

Tout autre est le début dans la forme *aiguë*. Dans la plupart de ces cas, il y a quelque chose de solennel : douleurs vives dans l'abdomen, vomissements, frissons, *fièvre* et parallèlement, développement rapide et exagéré du ventre qui, en quelques jours, a acquis un volume quelquefois extraordinaire. Une des malades de M. Sentex (Bulletin médical du nord) affirmait que *son ventre avait presque doublé en une nuit*, et elle était enceinte cependant de 7 mois. Pour la *date* du début, sur 15 cas nous en avons trouvé 1 au 2^e mois, 2 au 4^e, 4 au 5^e, 3 au 6^e, 4 au 7^e et 1 au 8^e. Ce serait donc du 5^e au 7^e mois que débuteraient les accidents aigus. Mais cette date est

variable, car ils se développent assez fréquemment à la suite d'un choc ou d'un refroidissement que la femme peut subir à tout moment.

Quel que soit le mode de début, le fait physique qui constitue l'hydramnios est produit, une quantité anormale de liquide s'est épanché dans la cavité amniotique. En suivant le plan tracé plus haut, nous avons à étudier les symptômes locaux.

SYMPTOMES LOCAUX.

A l'INSPECTION : Ce qui frappe tout d'abord, c'est le volume de ventre qui n'est pas en rapport avec l'âge accusé de la grossesse. Dans l'estimation du volume, on s'est presque toujours contenté d'à-peu-près ou de comparaisons avec le volume d'un ventre à terme et, comme le dit *Guillemet* : « on a malheureusement négligé de mesurer exactement la circonférence de l'abdomen. Dans les deux *seuls* cas, où cette mesuration a été pratiquée, elle était chez une femme de 110, chez l'autre de 112 c. »

Chez la première de nos femmes, l'abdomen mesurait 95 cent., chez la seconde 1^m,03, chez la troisième 1^m,10, Charpentier a vu un cas aigu où le ventre, à 5 mois 1/2, mesurait 132 cent.; un autre, 128 cent.

La *quantité* de liquide correspondant à un volume pareil est véritablement énorme,

Dans nos observations, nous notons 6, 7 et 10 litres.

Tarnier, dans un cas, a évalué la quantité à 20 litres. Hubert de Louvain, Depaul en ont vu plusieurs fois plus de deux seaux, c'est à dire de 15 à 20 litres.

Dans une observation d'Oulmont, la distension était telle, que le peau du ventre se courbait brusquement pour venir tomber à angle droit sur la base antérieure de la poitrine.

Le second fait qui frappe à la simple vue, c'est la *forme* de l'abdomen. Cette forme n'est pas absolument la même dans tous les cas. La plus fréquente, d'après les auteurs, est la forme globuleuse ou ovoïde, régulière sans saillies ni dépressions. Les parties latérales, les flancs sont aplatis, surtout quand la femme est debout, car alors l'utérus se porte en avant. Dans une observation d'Oulmont, dans une autre de Frankenhause, citée par Charpentier, et dans quatre de nos cas, la forme n'était pas aussi régulière et l'un des angles utérin s'était plus développé que l'autre ; la constatation de ce simple signe dans nos observations II, III et IV nous a fait rechercher immédiatement une hydramnios qui existait réellement.

Herrgott (Thèse de Strasbourg 1839), signale cette forme *en cœur de carte à jouer* plus ou moins régulière dans la grossesse normale, et prétend que la partie la plus élevée loge une extrémité de l'ovoïde fœtal. Dans nos trois cas, cette saillie était nettement fluctuante et vide de tout corps solide.

Un autre caractère important, est la persistance de la forme, quelle que soit la position prise par la femme. Dans une des observations d'Oulmont, on a noté sur les

parois latérales de gros mamelons. Dans notre 1^{er} cas, une tumeur de ce genre existait dans le flanc droit.

La PERCUSSION donne de la matité absolue en tous les points, sauf dans la partie la plus postérieure des flancs et sous les fausses côtes. Si toute la cavité abdominale n'est pas totalement occupée par l'utérus distendu, la matité est à convexité *supérieure*.

PALPATION. — Dans les premiers temps de l'affection, les parois abdominales permettent d'isoler, de contourner l'utérus, comme on le fait dans une grossesse ordinaire. Plus tard, les conditions changent : l'utérus distendu, s'appliquant sur la paroi du ventre, semble se confondre avec elle, et c'est presque directement que l'on palpe cet organe. Tendue, résistante, la paroi abdominale ne se laisse déprimer qu'avec peine et rarement assez pour reconnaître une partie fœtale.

Un autre signe très important, fourni par la palpation, se tire du *durcissement intermittent et passager*, que l'on sent se produire sous la main. Ce fait, indice certain d'une contraction *utérine*, a une grande valeur au point de vue du diagnostic, car il permet d'affirmer que la collection liquide est contenue dans l'utérus. Ce signe sur lequel insiste Charpentier, surtout au point de vue de la forme aiguë, nous l'avons constaté dans deux de nos observations d'hydramnios chronique, alors que les douleurs étaient constantes.

Les auteurs classiques (Cazeaux, Schröder, Joulin, etc.) s'accordent pour reconnaître que généralement la *fluctuation* dans l'hydropisie amniotique est assez obscure.

Il faut dire que dans certains cas elle peut faire complètement défaut. (Obs. Chereau.) Cependant dans nos sept observations et dans presque toutes celles que nous avons pu trouver, on voit ce phénomène signalé comme très net, surtout à la partie antérieure de la tumeur.

On conçoit que l'on puisse aussi, dans certains cas, percevoir le ballottement abdominal. Pour l'obtenir plus facilement, on pourrait faire coucher la femme sur le côté, ou même la placer dans la position genu-pectorale, afin que le fœtus, sollicité par le pesanté, vienne ainsi se mettre en contact avec la paroi abdominale.

Tout d'abord on pourrait croire que le fœtus, largement à l'aise dans une cavité aussi vaste, exécutera des mouvements nombreux et facilement perceptibles par la palpation. Il n'en est rien, et cela s'explique si l'on songe que, dans ces cas d'hydramnios, le fœtus est généralement ou mal formé, ou mal portant et souvent très peu vivace.

L'AUSCULTATION ne donne guère que des résultats inconstants. Les battements, quand on les entend, sont faibles en raison, soit de la distance, soit de l'état de santé de l'enfant. Leur déplacement rapide est encore un caractère souvent noté et qui s'explique par la mobilité du fœtus. Dans un cas, nous n'avons pu les percevoir qu'en faisant coucher fortement la femme sur le côté. Dans notre première observation nous avons nettement perçu, à différentes reprises, et la femme étant dans un repos absolu, un *frôlement* qui nous a permis d'affirmer que l'enfant remuait spontanément et par suite vivait.

Dans deux observations seulement de Golay et de Charpentier, il est question du *souffle utérin* ; comme eux, nous l'avons toujours trouvé avec ses caractères habituels.

Par le TOUCHER VAGINAL, on obtient les mêmes sensations de tension de l'utérus que par le palper. C'est souvent là le seul fait que ce mode d'exploration peut faire constater, aucune partie fœtale n'étant accessible. Une fois seulement, nous avons obtenu le ballottement d'une façon très nette, mais à cause de la mobilité excessive de la partie, nous n'avons pu préciser la présentation : c'est ce qui arrive dans le plus grand nombre des cas. Il est aussi assez rare de percevoir la fluctuation par le vagin.

D'après Oulmont « on aurait noté que le ballottement était beaucoup plus obscur lorsque le fœtus était très petit ou mort. » Dans le seul cas où nous l'avons manifestement constaté, le fœtus était mort (obs. II).

Tels sont les signes communs aux deux formes.

Voyons maintenant les symptômes particuliers ou les variétés propres à chacune d'elles.

Le tableau symptomatique est complet pour la forme chronique, à part, des degrés dans l'intensité : nous n'insistons pas.

Dans la forme aiguë, Charpentier signale les particularités suivantes : « Si le ventre est très œdématié, le » PALPER est nul ; si, au contraire, le ventre n'est pas œdématié, l'utérus, sur lequel on peut arriver, se présente » sous la forme d'une masse à parois plus ou moins minces, » donnant au doigt une sensation élastique mais *sans*

» *fluctuation*, absolument analogue à celle d'un kyste
» de l'ovaire distendu... » Ainsi donc, absence des
signes fournis par la palpation et absence de la fluctua-
tion, voilà ce qui caractérise la forme aiguë au point de
vue des signes locaux.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Nous arrivons à l'étude des symptômes généraux que, fidèle à notre plan, nous envisagerons en premier lieu dans ce qu'ils ont de commun dans les deux formes.

Troubles de la circulation. — Les plus fréquents sont l'œdème des membres inférieurs, des grandes lèvres, des parois abdominales. Ces œdèmes peuvent manquer ou être insignifiants dans nombre de cas, non seulement quand le liquide n'est pas en très grande abondance, ce qui se conçoit alors aisément, mais encore quand l'utérus est distendu outre mesure. Nous avons pu constater ce fait dans trois de nos cas (obs. I. II, V,) où il y avait bien moins d'œdème que dans beaucoup de grossesses normales. Il en est de même de l'œdème des grandes lèvres et des parois abdominales. Ce dernier se localise ou du moins est plus accentué entre le pubis et l'ombilic, d'où le nom d'*œdème sus-pubien* qu'on lui a donné.

Les veines sous-cutanées abdominales sont parfois gorgées et dessinent leur réseau à larges mailles bleuâ-

tres. On voit se développer des *hémorroïdes* plus ou moins volumineuses et des varices des membres inférieurs et de la vulve.

Un autre trouble de la circulation veineuse, l'*ascite*, peut venir compliquer l'hydropisie de l'amnios et obscurcir singulièrement l'affection primitive: nous étudierons ce point au diagnostic.

Le mode de production de ces hydropisies est facile à saisir. Mais il n'est pas aussi facile de s'expliquer leur absence dans certains cas, alors que toutes les conditions nécessaires pour les produire sont réunies. Il y a là des particularités qui nous échappent.

Cette distension exagérée du ventre et le refoulement de diaphragme déterminent de la compression du côté du cœur et des poumons. Ces organes trahissent leur gêne par des *palpitations*, des *syncopes*, de la *dyspnée*, des *engorgements pulmonaires*.

Troubles des voies digestives. — Les *vomissements* se voient dans les deux formes, mais surtout dans l'hydramnios aiguë: nous y insisterons plus bas. Ils sont évidemment causés par la gêne qu'éprouve l'estomac comprimé par la tumeur liquide. Citons ici en passant, et comme contraste, l'opinion du docteur Donovan qui prétend qu'il existe une relation entre les vomissements de la grossesse et l'insuffisance ou l'absence du liquide amniotique (Obstetrical Society Edimburg. P. 848 mars 1874).

La *constipation* est également habituelle,

La compression du foie a pu dans quelques cas occasionner un certain degré d'*ictère* (Charpentier).

De même que dans les maladies du cœur, le malade *urine* dans son péritoine ou dans son tissu cellulaire, de même ici, la femme *urine* dans l'amnios. Par suite le caractère des urines doit être à peu près le même dans les deux cas ; c'est ce qui arrive en effet. Les *urines* sont rouges, rares, épaisses et quelquefois albumineuses. On n'a cependant noté qu'exceptionnellement l'*éclampsie*. N'y aurait-il pas là une confirmation de la théorie du professeur Peter au sujet de l'*éclampsie*? Le *trop plein vasculaire* éclamptigène n'existe pas à cause de la spoliation séreuse qui se produit au profit de la cavité de l'amnios. Et, d'autre part, n'est-ce pas une grave objection à la théorie qui attribue l'*éclampsie* à la compression des veines rénales ?

La difficulté que rencontre la vessie pour se distendre dans certains cas, amène des envies fréquentes d'uriner. Ailleurs, elle se loge au dessus du pubis, l'urèthre peut être comprimé et on note alors de la rétention d'urine sur laquelle l'attention est d'autant moins attirée, que la gêne qu'elle provoque est attribuée au poids de la tumeur et que sa matité se confond avec celle de l'utérus distendu.

Troubles du système nerveux. — Les plus communs sont l'*agitation*, l'*insomnie*, des tiraillements dans l'abdomen, des *névralgies*, et surtout des crampes dans les membres inférieurs. Ces symptômes, bien qu'on puisse les rencontrer dans les deux formes, s'observent surtout dans la forme aiguë : nous y reviendrons à l'instant.

Tels sont les *symptômes communs* aux deux formes.

Mais on se tromperait grandement si l'on s'attendait à les observer tous, dans la forme chronique surtout. Dans bien des observations que nous avons trouvées et dans trois des nôtres, on ne note aucun trouble général marqué, non-seulement quand le liquide est peu abondant, 2 ou 3 litres, mais même quand il se mesure par 8 et 10 litres. Dans l'hydramnios chronique cependant, il faut le dire, les troubles généraux, quant ils existent, sont proportionnels au volume du ventre.

On le comprend aisément.

Examinons l'ensemble des symptômes que nous venons d'analyser. Y trouvons-nous quelque chose de spécial à l'hydramnios? Pas le moins du monde, et un kyste de l'ovaire, une hydrométrie simple, à volume égal, eussent produit les mêmes troubles, troubles qui dépendent uniquement de la compression.

Nous dirons donc que le caractère *particulier* de la forme chronique, c'est la bénignité relative des troubles généraux.

Il n'en est plus de même si nous prenons la forme aiguë. Celle-ci a ses *symptômes généraux particuliers* et presque spéciaux.

Pour les étudier, nous nous appuierons surtout sur la monographie de Charpentier qui en a observé deux cas et a pu en recueillir un certain nombre d'autres.

Un premier fait, particulier à la forme aiguë, c'est que les signes généraux ne sont pas toujours en rapport avec la quantité de liquide. Il n'y a plus, comme dans la forme chronique, parallélisme entre les symptômes généraux et

les symptômes locaux ; et l'on peut voir un état général grave, fièvre, frissons, douleurs vives, alors que le volume du ventre n'a rien d'exagéré. Nous verrons l'explication de ce phénomène à la pathogénie.

Nous devons reprendre ici quelques-uns des signes donnés comme communs, mais qui s'observent particulièrement dans la forme aiguë.

Troubles des voies digestives. — Voici comment parle Charpentier des *vomissements*. « Dans l'hydropisie » aiguë, ils prennent une intensité et une gravité exceptionnelles. Dans les deux cas qui nous sont personnels, » ils étaient tels que les malades, celle surtout qui fait le » sujet de notre 2^e observation, ne pouvaient plus rien » prendre. Composés d'abord de matières alimentaires, » ils deviennent ensuite muqueux et bilieux, s'accompagnent de douleurs horribles dans la région stomacale, » d'un sentiment de chaleur, de brûlure et finissent par » mettre la femme qui en est atteinte dans un état de » dépérissement des plus graves. »

Ce tableau ne nous paraît pas assombri, car nous avons vu, dans notre 2^e observation, quelque chose de semblable sous le rapport des vomissements, bien que ce ne fût qu'une hydramnios chronique.

C'est dans la forme aiguë que l'on observe la *diarrhée*, due surtout au mauvais état général.

Troubles du système nerveux et état général. — Les douleurs, souvent nulles dans la forme chronique, prennent ici une intensité remarquable.

Voici encore ce qu'en dit Charpentier :

« Occupant toute l'étendue du ventre aussi bien à la
» partie supérieure qu'à la partie inférieure, elle s'irra-
» dient jusque dans les lombes, les cuisses. . . Elles sont
» extrêmes, ne cessent ni jour, ni nuit, privant ainsi les
» malades de tout sommeil, mais présentant en plus des
» exacerbations, par les mouvements de la malade. . .
» Celles-ci ne savent comment se tenir. . . Elles restent
» couchées dans leur lit, affectant les positions les plus
» bizarres, agitées par moment de soubresauts sous l'in-
» fluence de l'exaspération passagère de la douleur. »

D'après ce tableau tracé par Charpentier, on comprend que la situation soit très grave.

La *fièvre* élevée est un signe appartenant *uniquement* à la forme aiguë et qui active encore la dénutrition de la malade. D'après les observations, elle ne nous a pas paru présenter de caractère particulier dans sa marche.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'hydramnios, qui présente parfois des difficultés sérieuses, se trouve singulièrement facilité ou obscurci, selon que l'on peut constater ou non des signes certains de grossesse. Nous allons successivement

prendre chacun des cas et voir quelles sont les autres maladies avec lesquelles on peut la confondre.

Après un examen approfondi et répété à différents intervalles, on n'a pu trouver les signes qui seuls permettent d'affirmer l'existence d'un fœtus : doubles battements fœtaux, mouvements actifs, ballottement ; et d'autre part, le ventre a acquis un certain volume, les règles ont cessé, la santé générale est bonne.

Est-ce un *kyste de l'ovaire* ? Dans cette affection la forme du ventre n'est pas toujours régulière, son développement se fait dans un des côtés ; l'utérus est dévié de la ligne médiane, on le sent dans le petit bassin ; la marche de l'affection est beaucoup plus lente, parfois avec des poussées aux époques menstruelles : autant de caractères que l'on ne retrouve pas dans l'hydramnios.

De plus, le liquide n'étant pas contenu dans une poche contractile, on ne percevra jamais le phénomène du *durcissement* dont nous avons parlé à la symptomatologie de l'hydropisie amniotique.

Est-ce une *ascite* ? Ici le ventre est aplati, étalé latéralement, c'est le ventre de grenouille ; cette forme est elle-même variable suivant la position du sujet. La matité est à convexité inférieure. Les intestins, au lieu d'être refoulés en arrière, sont en haut et en avant, et quelle que soit l'attitude de la malade, ils surnagent au-dessus du liquide. La constatation de la cause de l'ascite : maladies du cœur, du foie, éclaire le diagnostic.

N'oublions pas ici le durcissement intermittent et passer que l'on n'observe jamais dans l'ascite simple.

Il ne faut guère songer à une *hydrométrie*, car dans ce cas le volume de l'utérus n'acquiert que des proportions très peu considérables.

La *môle hydatique* ne présente qu'un seul signe commun avec l'hydramnios : c'est le développement rapide du ventre : mais l'existence de petites pertes rouges, quelquefois d'hémorrhagies plus graves pendant la fausse grossesse, et l'expulsion de quelques vésicules feront reconnaître cette affection, d'ailleurs tellement rare qu'en 42 ans il n'en a pas été observé un seul cas à la Clinique d'accouchements de Paris.

L'*hydropisie* ne présentant avec l'hydrométrie aucun signe commun et l'écoulement plus ou moins continu de liquide caractérisant nettement cette affection, il est, croyons-nous, inutile d'insister sur le diagnostic différentiel.

La supposition que nous avons faite de l'absence absolue des signes de la grossesse dans le cas d'hydramnios n'est pas la règle. Mais, comme la chose peut se présenter, il nous a paru nécessaire de nous y arrêter.

Prenons maintenant la seconde hypothèse, la plus fréquente : on a constaté des signes certains de grossesse, on peut donc éliminer l'ascite, le kyste de l'ovaire *simples*.

Il faut alors éclaircir les différents points suivants : 1° Y a-t-il hydramnios ? 2° Ne serait-ce pas une grossesse gémellaire ? 3° L'hydramnios est-elle simple, c'est-à-dire non compliquée d'ascite ou 4° d'un kyste de l'ovaire ou 5° d'une grossesse gémellaire ? 6° Enfin à quelle forme d'hydramnios a-t-on affaire. Ces différentes

difficultés ne sont pas de simples vues de l'esprit et toutes se rencontrent dans la pratique, ainsi que l'on peut s'en convaincre en lisant les observations publiées sur ce sujet. C'est d'ailleurs cette partie de diagnostic qui demande le plus d'attention, expose le plus aux erreurs et, par conséquent, présente le plus d'intérêt.

1° *Y a-t-il hydramnios*. Le long tableau symptomatique que nous avons tracé doit suffire pour répondre à cette question et nous dispenser d'insister ici.

2° Diagnostic d'avec la *grossesse gémellaire*. — Cet état diffère de l'hydramnios par la forme du ventre qui est plus étalé, non globuleux, présentant souvent une dépression verticale et médiane, par les nombreuses saillies que l'on trouve au palper, par les bruits fœtaux à double maximum et non isochrones, l'absence ou l'obscurité du ballottement et de la *fluctuation*.

3° *Hydramnios avec ascite concomitante*. — Notre deuxième observation en est un exemple. Le liquide ascitique, dans ce cas, était très peu abondant, mais notre attention a été immédiatement attirée par une *petite tumeur réductible* au niveau de l'ombilic. C'est là un signe précieux qui, malheureusement, ne s'observe pas dans tous les cas. Nous savions donc qu'il y avait de l'ascite et d'autre part le durcissement de l'utérus que l'on percevait sous la peau nous apprenait que la quantité de liquide était peu abondante. Ce signe manquant, le diagnostic devient des plus difficiles. Guillemet ne touche pas

à ce point dans sa thèse. Charpentier reconnaît avec Robert Lee, dont il cite les paroles, que le diagnostic peut présenter des difficultés considérables. L'auteur anglais ne donne, ni dans ses commentaires, ni dans son observation, de signe pour reconnaître cette complication. Il parle de l'examen vaginal qui permet « de se rendre compte de l'accumulation d'une quantité anormale de liquide dans les membranes de l'œuf. » De l'ascite il n'en est pas question. Scarpa, au contraire, dans un cas, reconnut l'ascite et fit la ponction de l'abdomen, « de préférence à celle de l'utérus, car, dit-il, il ne m'était pas » démontré que la matrice fût le siège d'une hydropisie. » — L'utérus contenait cependant 2 fœtus et 45 livres de liquide. Nous croyons qu'il faut chercher séparément les signes de l'ascite et ceux de l'hydramnios. Pour celle-ci le ballotement et le durcissement, pour l'autre la cause : dans le cœur, le foie, les reins ; une anasarque concomitante, le déplacement du liquide et la hernie liquide ombilicale. Malgré tout, que de fois ne restera-t-on pas dans le doute ! Et que sera-ce, quand il y aura en même temps, comme dans le cas de Scarpa, hydramnios, grossesse gémellaire et ascite ?

4° *Hydramnios avec kyste de l'ovaire concomitant.* — Il y a deux cas à considérer : ou bien c'est l'hydramnios qui est primitive, ou bien le kyste a précédé la grossesse hydropique. Dans cette dernière hypothèse, la tumeur datera d'une certaine époque, elle se sera d'abord développée dans l'un des côtés du ventre. Dans la première supposition, le diagnostic est vraiment impos-

sible ; car si l'on peut avec peine diagnostiquer un kyste compliquant une grossesse simple , à plus forte raison sera-t-il difficile de le faire, si la grossesse est compliquée d'hydramnios.

5° *Hydramnios avec grossesse gémellaire.* — C'est là une complication très fréquente , puisque des chiffres cités par Charpentier, il ressort qu'il y a 52 grossesses multiples sur 123 cas d'hydramnios.

Si le palper était possible , si l'auscultation donnait tous les résultats que l'on en tire dans les cas ordinaires, le diagnostic de la présence des deux fœtus serait relativement facile. Mais il en est rarement ainsi et la grossesse gémellaire est méconnue. Charpentier signale l'*œdème sus-pubien* comme un signe, non pas caractéristique de cet état, mais devant « éveiller l'attention. » Si l'on ne rencontre pas les conditions dont nous parlons quelques lignes plus haut, les difficultés restent tout entières , à moins que l'on n'ait la bonne fortune de trouver le signe de Depaul : la constatation, à l'orifice du col, d'un sillon répondant à l'adossement des deux poches amniotiques.

6° *Diagnostic de la Forme.* — C'est là chose facile si l'on veut se rapporter aux signes particuliers à chacune des formes. Le développement rapide, les douleurs vives, la fièvre, un état général plus ou moins grave caractérisent suffisamment la forme aiguë.

Pour être complet , parlons de deux cas susceptibles de donner le change : une grossesse simple compliquée d'ascite ou de kyste ovarique pourrait faire croire à une hydramnios.

La situation est la même qu'aux 3^e et 4^e, avec cette différence que le cas est moins difficile, puisque nous n'avons qu'à reconnaître une grossesse simple et non une grossesse hydropique.

La marche à suivre est la même dans les deux cas, marche qui consiste à rechercher séparément les signes certains d'une grossesse ordinaire et ceux de l'affection qui vient la compliquer.

Il nous reste enfin à distinguer une hydramnios *aiguë* survenant au 3^e ou 4^e mois d'avec une affection *aiguë* quelconque du petit bassin, métrite, pelvi-péritonite, etc.

Bien des signes, en effet, sont communs : douleurs, frissons, fièvre, vomissements ; mais la caractéristique de l'hydramnios, c'est l'*augmentation progressive et considérable* de l'utérus.

MARCHE ET PRONOSTIC.

A ce point de vue, l'affection diffère encore selon que l'on considère l'hydramnios chronique ou l'hydramnios aiguë. Dans la première, la marche est ordinairement progressive, les symptômes allant croissant avec l'accumulation de liquide. De la seconde, nous connaissons le début brusque, l'évolution rapide, tantôt progressive, tantôt s'accomplissant par poussées successives. De part

et d'autre, il est rare que la grossesse arrive à son terme, mais l'écart est surtout marqué dans la forme aiguë.

L'explication que l'on donne de cette précocité est satisfaisante. Dans une grossesse normale, c'est petit à petit que se développe l'utérus et progressivement qu'il atteint le volume qu'il a normalement à terme. Dans l'hydropisie amniotique au contraire, c'est en 5, 6 ou 7 mois qu'il est forcé de prendre un volume souvent supérieur. La fibre musculaire, distendue jusqu'à ses dernières limites, réagit, se contracte et l'expulsion a lieu.

Pour la forme *chronique*, les dates d'accouchement que nous avons le plus fréquemment rencontrées sont 6, 7, 8, 8 mois et demi, rarement 9 mois.

Pour la forme *aiguë*, ce sont les 5^e, 6^e et 7^e mois qui sont cités. On pourra remarquer que c'est à peu près la même époque que nous avons trouvée pour le début des accidents aigus : d'où la conclusion que la durée de l'hydropisie aiguë est assez courte, et qu'un dénouement vient, à assez bref délai, mettre un terme à l'affection.

L'accouchement est donc plus précoce dans cette forme que dans l'autre.

On le comprend encore plus aisément, car ce n'est plus en quelques mois que l'utérus se développe, mais en 8.15.30 jours. Ainsi violenté, souvent enflammé, il se débarrasse de son contenu par des contractions prématurées.

Ollivier relate une observation où des accidents aigus se déclarèrent vers le 4^e mois, durèrent une quinzaine de jours, après quoi la grossesse suivit son cours normal.

Ce fait intéressant n'est qu'une rare exception à la règle.

L'*accouchement* présente des particularités dignes d'intérêt. Quand la distension a été excessive, et cette limite est variable suivant les individus, les contractions sont faibles, de peu de durée et par suite la dilatation marche avec une lenteur désespérante.

Il se passe là un fait analogue à ce que l'on voit dans les rétentions d'urine par surdistension de la vessie.

Quand la distension utérine n'a rien d'exagéré, les contractions sont assez fortes, mais parfois encore insuffisantes pour rompre les membranes.

Quand la poche des eaux se rompt spontanément ou quand on intervient, un flot de liquide sort du vagin, puis s'arrête complètement ou à peu près. C'est qu'une partie fœtale vient de s'appliquer sur le col et de l'obturer. Cette obturation sera plus ou moins exacte selon la présentation, le degré de la dilatation, le volume de la partie.

Quand la tête est sortie de la vulve, on peut voir un jet de liquide être fortement lancé; c'est un signe de bon augure, car il indique une bonne contractilité utérine. Dans une de nos observations, le liquide fut ainsi projeté à plus de 1^m50. Mais si le muscle utérin ne se contracte pas, on devine les dangers que peut faire courir une déplétion aussi brusque, amenant à sa suite une *stupeur* utérine, l'inertie et les accidents, *hémorrhagie*, *inversion*, consécutifs à cette complication.

Toutefois, disons-le, ces faits, très possibles, ne parais-

sent pas très communs dans les cas relatés. Peut-être cela tient-il aux précautions presque toujours prises par les accoucheurs pour les éviter.

Aussitôt le liquide amniotique écoulé en partie, la femme accuse un soulagement extraordinaire, une sensation de bien-être, qui lui rendent le courage. A l'agitation, aux souffrances succèdent le calme, le repos.

La patiente croit que tout est terminé et voudrait goûter en paix un sommeil qui l'avait fuie depuis longtemps parfois.

Les suites de couches sont normales.

Chez nos femmes, nous avons vu les lochies couler avec leurs caractères habituels, et c'est la règle. On cite cependant de curieuses exceptions. Godefroy dans son mémoire (Journal des Connaissances medico-chirurgicales 1844 page 184,) parle d'une femme qui, pendant les quatre premiers jours, perdit des lochies séro-sanguinolentes, mais en telle quantité qu'elle mouillait plusieurs draps par jour.

Guillemet, dans sa thèse page 28, cite un cas qu'il tient de M. Tarnier, où les lochies furent remplacées par un abondant écoulement de sérosité, comme si « l'utérus avait pris l'habitude de laisser suinter à sa surface une grande quantité de liquide. »

Dans les quatre de nos cas où l'enfant n'a pas vécu, aucune poussée ne s'est manifestée vers les seins. La température est restée normale ou n'a pas dépassé 38.2 ou 38.5.

Dans les cas graves, où l'état général a été profondé-

ment atteint, on comprend qu'il faille à la femme quelque temps pour se remettre.

Le *Pronostic* n'est pas le même pour la mère et pour l'enfant.

Pour peu que le liquide amniotique soit abondant, l'enfant, s'il ne naît mort et déjà macéré, ce qui est assez fréquent, a peu de chances de vivre. Il est souvent atteint de difformités incompatibles avec la vie, ou bien il est hydropique, sclérémateux et meurt quelques heures après sa naissance.

D'autre part en le supposant même bien conformé, il ne faut pas oublier que, naissant avant terme, il est exposé à tous les dangers d'une naissance prématurée.

De plus, petit et mobile comme il l'est, il n'obéit guère aux lois de l'accommodation et s'engagera par la partie qui se trouvera au détroit supérieur au moment de la rupture de la poche des eaux. En réunissant tous les cas simples cités par Charpentier et les nôtres, nous trouvons 113 faits qui ont donné les nombres suivants pour chaque présentation :

Sommet	70
Pelvis.....	21
Épaules	20
Face.....	2

113

Seulement, il faut bien savoir que par le fait même de la petitesse du fœtus, la mortalité due à ces présentations

vicieuses n'est pas aussi grande que dans la grossesse normale et à terme.

Pour la *mère*, les dangers qu'elle court varient suivant la marche aiguë ou chronique de l'affection et selon que l'art est ou non intervenu.

C'est de l'hydramnios *chronique* que Cazeaux veut parler quand il dit, dans son *Traité d'accouchements*, que « l'hydropisie de l'amnios compromet rarement la vie de la femme. » Dans cette forme, en effet « elle n'est en général 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 le siège n'existant plus, la maladie est complètement guérie. » (Cazeaux) Cela est vrai pour la forme chronique, mais on peut se demander ce qu'il serait advenu de la femme, dans ces cas à marche rapide (obs. d'Oulmont, de Charpentier, Pelletan, Mercier, etc.), si le médecin n'était pas venu mettre un terme aux souffrances de la malade, et la soustraire au danger qu'elle courait.

Nous dirons donc que le Pronostic est très grave dans les deux formes pour l'enfant ; qu'il est relativement bénin pour la mère dans la forme chronique, mais devient grave dans la forme aiguë.

ÉTIOLOGIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous réunissons en un même chapitre ces deux points qui ont tant de côtés communs. Nous aurions pu y joindre la pathogénie, mais celle-ci est tellement obscure et diversement interprétée que dans l'intérêt de la clarté, nous avons cru devoir la traiter séparément, au risque de quelques redites.

Dans l'étiologie et l'anatomie pathologique nous croyons encore nécessaire de distinguer deux formes, comme nous l'avons fait antérieurement pour la symptomatologie, le diagnostic, etc.

Causes de la forme aiguë. — Dans beaucoup d'observations d'hydramnios *aiguë*, on trouve notés une circonstance ou un fait suffisants pour expliquer l'affection et permettre de trouver une relation de cause à effet. Ainsi la malade de Godefroy fait une chute sur le ventre et les accidents débutent presque aussitôt après. L'observation de Mercier, (Journal de Sédillot 1842), nous montre une femme enceinte de trois mois, qui fut à une fête patronale où elle ne put éviter d'être froissée par la foule. Elle fut une fois renversée et deux ou trois fois pressée jusqu'à l'étouffement. Le lendemain apparaissent les signes de la maladie. Ailleurs, c'est un coup de pied dans le ventre qui est signalé comme cause de l'hydramnios ou bien ce sont des fatigues, des pressions constantes

sur l'abdomen causées par le genre de travail, comme dans les faits de Sentex, Oulmont, Dance.

Guillemet attache peu d'importance à ces causes, car, dit-il, bien des femmes font des chutes ou se heurtent pendant leur grossesse et parmi celles-ci bien peu sont atteintes de cette complication.

Cela est très vrai, mais n'est pas absolu. Bien des gens aussi s'exposent à un courant d'air froid sans prendre une pleurésie : le froid n'en est pas moins une cause bien certaine de cette affection. Une femme enceinte tombera d'un second étage sans avorter ; dira-t-on que les chutes ne sont pas une cause occasionnelle de l'avortement, quand on en voit quantité d'autres qui avortent pour des contusions ou des chocs insignifiants.

Nous admettons donc les chutes, les coups sur le ventre comme une cause réelle d'inflammation des membranes dont l'hydramnios est la conséquence. On a noté aussi l'ingestion d'une grande quantité d'eau froide, l'immersion des pieds dans l'eau (2 observations de Mercier), faits suivis immédiatement des signes d'une vive inflammation.

La forme aiguë étant caractérisée par la fièvre, le pouls rapide, les vomissements, les douleurs, phénomènes symptomatiques d'une inflammation qu'il est naturel de rapporter aux annexes fœtales, on peut s'attendre à en trouver les lésions *anatomo-pathologiques* : c'est ce que l'on constate en effet.

En faisant à ce point de vue le relevé des observations, nous trouvons : l'épaississement des membranes, blan-

châtres, opaques, villeuses à leur face interne, en un mot, entièrement semblables à du parchemin ramolli et gonflé par l'humidité. Toute la portion épaissie était parcourue de vaisseaux déliés dans le voisinage du placenta, et plus loin de moins en moins apparents. En outre, des rougeurs ponctuées à une assez grande distance de l'insertion placentaire, (*Ollivier* d'Angers); mêmes altérations avec des fausses membranes, des ecchymoses, des vaisseaux flexueux et entortillés (*Mercier*); des plaques dures, résistantes, d'un blanc jaune brillant sur le placenta, d'un blanc mat et pultacé sur les membranes (*Godefroy*); des adhérences du placenta; son ramollissement, son aspect apoplectique, son volume triple, sa transformation en une masse adipeuse. (*Rob. Lee*, London medical gazette 1830).

Le liquide amniotique, rarement normal (*Ollivier* et *Oulmont*) est le plus souvent trouble, de couleur blanchâtre, tenant en suspension des flocons analogues aux fausses membranes. Nous avons parlé de sa quantité plus haut à la symptomatologie.

Retrouvera-t-on cette étiologie et ces lésions dans tous les cas à marche aiguë? Nous sommes loin de l'affirmer, et il existe des faits où elles ont manqué. Mais en raison de leur fréquence, il est permis de leur accorder une certaine valeur.

Causes de la forme chronique. — Nous avons rarement trouvé mention de chutes ou de chocs, mais il est trois faits que l'on rencontre fréquemment et sur

lesquels nous devons insister à cause de leur importance ce sont : 1^o La coïncidence de l'hydramnios avec la grossesse gémellaire ; 2^o les malformations fœtales ; 3^o la syphilis.

La grossesse gémellaire est souvent compliquée d'hydramnios : on en jugera par les chiffres suivants fournis par les statistiques d'Oulmont, Dubuisset et Sallinger que cite Charpentier. Sur 123 cas d'hydramnios on trouve 52 grossesses multiples dont 1 trigémellaire et 1 quadrigémellaire. Il est évident qu'il y a plus qu'une simple coïncidence : quantité d'hypothèses ont été faites pour l'expliquer, mais, il faut bien le dire, sans résultat, et l'on en est encore à attendre une explication plausible.

Malformations fœtales. — Il faut encore dans la plupart des cas se borner à constater un simple coïncidence. En passant en revue les différents organes, nous trouvons les anomalies suivantes : *hydrocéphalie* fréquemment notée, *anencéphalie*, *encéphalocèle*, *spina-bifida*, *mains et pieds bots*, *sclérème*, *monstres janiceps et pigopages*, *becs de lièvre*.

Du côté des viscères, les vices de conformation du cœur, imperforation des organes génitaux et du rectum ; des lésions de la veine ombilicale du placenta. Nous reviendrons longuement sur plusieurs de ces points à la pathogénie.

La syphilis. — La relation entre l'hydramnios et l'infection syphilitique est un fait admis par tous les auteurs. Burns (Traité des accouchements, traduit par

Galliot page 175) dit que « la surabondance de l'amnios peut se lier à une infection syphilitique existant chez le père ou la mère » L'attention a de nouveau été appelée sur ce côté de la question par les travaux de M. le professeur Fournier. Les lésions syphilitiques que l'on trouve sur le fœtus, consistent en *pemphigus*, *gommès du foie*, *hépatite particulière* et nous verrons plus loin la relation entre ces faits et l'hydropisie amniotique.

On a objecté que l'on a vu des cas d'hydramnios où la mère, manifestement syphilitique, a produit un fœtus sans lésions appréciables. Bar, dans sa thèse inaugurale, fait justement remarquer qu'il faut se mettre en garde contre les statistiques qui ne porteraient que sur des enfants âgés de quelques jours.

En effet, les enfants atteints de syphilis pulmonaire un peu étendue succombent quelques heures après la naissance, tandis que les lésions syphilitiques du foie étant mieux supportées, la mort arrive surtout quand les enfants ont quitté la maternité et la constatation anatomique de la maladie fait défaut.

Une lésion rénale ou cardiaque amenant un œdème généralisé et des hydropisies chez la mère peut provoquer naturellement une hydropisie amniotique (v. Pathogénie). La pléthore et le tempérament lymphatique ont été aussi invoqués comme cause d'hydramnios. La *multiparité* semble avoir une influence, car l'affection est rare chez les primipares.

Nous devons, avant de terminer ce chapitre, dire quelques mots des expériences de Dareste. Ce savant est

arrivé à produire au moyen de divers procédés, des arrêts de développement de l'embryon et par suite, des malformations. L'hydropisie amniotique a souvent compliqué ces monstruosité, et il en place le point de départ dans un arrêt de développement de l'aire vasculaire.

Jusqu'à quel point ces expériences, faites sur des œufs de poule, sont-elles applicables à l'espèce humaine, comment agissent ici ces causes perturbatrices ? La plus grande obscurité règne sur ces questions que nous n'avons pas autorité pour résoudre.

PATHOGÉNIE.

S'il est vrai qu'un phénomène est d'autant moins connu que les théories émises pour l'expliquer sont plus nombreuses, il est permis de dire que la pathogénie de l'hydramnios est certainement le point le plus obscur de cette affection.

Sans parler des hypothèses aussi bizarres que gratuites des anciens auteurs, qui regardaient le liquide amniotique comme un produit des glandes lacrymales du fœtus (Warthon), des glandes mammaires (Bohn) ou salivaires (Lister), on a émis dans ces derniers temps, sur l'origine des eaux de l'amnios, des opinions bien différentes

dont chacune est ou acceptée ou repoussée, à l'exclusion de tout autre, par les auteurs qui ont étudié la question.

N'ayant pas d'idée nouvelle à mettre en avant, notre ambition se bornera à exposer, le plus succinctement et le plus clairement possible, les différentes théories proposées sur ce sujet si complexe.

Nous croyons encore devoir envisager la pathogénie dans chacune des deux formes.

Si nous considérons d'une part les lésions inflammatoires que l'on rencontre le plus souvent dans la *forme aiguë* et que nous avons décrites plus haut ; et d'autre part, les phénomènes qui se passent dans une séreuse enflammée, la plèvre par exemple, il est impossible de ne pas être frappé de l'analogie.

Pour beaucoup d'auteurs, l'amnios est une séreuse et quoi d'étonnant alors que son inflammation amène l'exsudation abondante d'un liquide, absolument comme une pleurésie s'accompagne d'un épanchement. On a objecté que l'amnios, ne contenant pas de vaisseaux, ne pouvait pas s'enflammer. Mais, outre que l'inflammation peut atteindre des tissus non vasculaires, les cartilages par exemple, les arborisations, le piqueté rouge que l'on trouve à la surface de l'amnios démontrent suffisamment par où a pu se faire l'exsudation. Les huit observations recueillies par Sentex nous semblent assez nettes pour faire admettre l'*amniotite* comme cause pathogénique de la forme aiguë.

Charpentier, après une longue énumération de cas publiés à l'étranger, dit : « En se reportant aux obser-

ventions, on verra que c'est surtout dans les cas, qui constituent pour nous l'hydramnios *aiguë*, que les auteurs ont constaté les lésions qu'ils ont considérées comme de nature inflammatoire. »

L'existence de cette inflammation nous explique pourquoi les signes généraux ne sont pas en rapport avec l'état local.

Nous ne voulons pas dire que *tous* les cas à marche aiguë sont justiciables de cette explication, car il existe quelques observations où un examen attentif n'a rien fait découvrir; mais nous croyons pouvoir affirmer qu'il y a une relation certaine entre l'*amniotite* et l'hydramnios. Guillemet, Petitjean (Th. de Paris 1880), interprétant dans un sens trop large, nous semble-t-il, une phrase de l'auteur, prétendent que Sentex « rattache toujours l'hydramnios à l'inflammation des membranes. » Nous croyons devoir relever cette erreur d'interprétation. Nous avons lu (Bulletin médical du Nord 1872) le mémoire en question, qui conclut seulement à l'existence de l'amniotite et à sa *possibilité* comme l'une des causes de l'hydramnios.

Nous avons à nous occuper maintenant de la pathogénie de la *forme chronique*. Mais auparavant, étudions l'origine normale du liquide amniotique et recherchons si la surabondance des eaux ne serait pas la simple exagération ou la perversion d'un phénomène physiologique, d'une fonction normale.

Nous nous appuierons surtout sur les récentes monographies de Charpentier et de Bar, les deux seuls auteurs

français qui, à notre connaissance, se soient étendus sur ce sujet, dans ses rapports avec l'état pathologique.

On peut diviser en 3 classes les théories émises sur l'origine du liquide amniotique.

1^o Il est un produit d'*origine maternelle*.

2^o Il provient de l'organisme *fœtal*.

3^o Il est fourni par les *deux* organismes.

1^{re} CLASSE. — *Origine exclusivement maternelle.*

— Ahlfeld fait provenir le liquide des seuls vaisseaux de la mère, par le réseau vasculaire de la caduque, et essaie de démontrer ce qu'il avance en s'appuyant : 1^o sur une diminution de la pression intra-utérine pendant les premiers mois de la grossesse, fait qui n'a jamais été démontré et ne saurait être qu'une hypothèse peu probable ; 2^o sur le passage facile dans la cavité de l'amnios des liquides contenus dans les vaisseaux maternels. Ce second fait a été expérimentalement démontré par Zuntz, Wiener et Bar. Ces expérimentateurs ont toujours vu une matière colorante indigo, safran, ferrocyanure de potassium, injectée dans les veines de la mère, passer dans le liquide amniotique, directement, sans traverser l'organisme fœtal. La seule conclusion à tirer de là : c'est que les liquides *peuvent* passer et non pas que ce soit leur seule origine.

Nous avons trouvé dans les Archives de Médecine (1828, t. 16, p. 454), une observation intéressante à ce point de vue et empruntée à une revue allemande. Il s'agit d'une femme enceinte qui s'empoisonna avec de l'acide sulfurique. Elle avorta quelques instants avant de mourir et l'on trouva de l'acide dans les eaux de l'amnios.

2^o CLASSE. — *Origine fœtale.* — A. Par la *sécrétion urinaire.* — Cette sécrétion a lieu comme le prouvent la présence d'urine dans la vessie du nouveau-né, celle des éléments de l'urine dans les eaux amniotiques, et les expériences de Bar qui injectant, sous la peau d'un fœtus de lapine *in utero*, une solution de ferrocyanure de potassium, a pu en constater le passage dans le liquide que contenait la vessie de ce fœtus.

B. Par la *peau.* — Schatz, qui admet exclusivement cette opinion, ne l'appuie guère que sur des hypothèses.

Prochownick fait provenir le liquide de la peau et des reins à la fois ; mais il ajoute qu'il y a résorption à travers l'amnios, de dedans en dehors.

C. Par une *transsudation* des parties liquides du sang fœtal à travers l'amnios et la veine ombilicale. — Ici les preuves expérimentales abondent. Monro le premier, puis Sallinger et Bar ont injecté différents liquides dans la veine ombilicale et ont toujours vu se produire une transsudation rapide et abondante. Les injections dans les artères ombilicales n'ont pas donné de résultats.

Ce fait indiscutable étant admis, quelles sont les conditions nécessaires à sa production ? Deux théories principales cherchent à les préciser.

1^o *Théorie de Jungbluth.* — On trouve à la face profonde de l'amnios un réseau capillaire sanguin, s'anastomosant directement avec les vaisseaux ombilicaux. Ce sont les *vasa propria*. Ce réseau n'est perméable au sang que dans la première moitié de la grossesse et, sous

une influence inconnue , s'oblitére vers le 5^e ou 6^e mois. Ces vasa propria laissent transsuder le liquide amniotique; s'ils ne s'atrophient pas, l'exsudation continue jusqu'à la fin de la gestation et l'hydramnios est constituée.

2^o *Théorie de Sallinger.* — Le liquide amniotique est fourni pendant les premiers temps de la grossesse par la peau et plus tard par transsudation à travers la veine ombilicale. Qu'il y ait un obstacle à la circulation en retours dans la veine , ou excès de sang chez le fœtus , la pression augmente , la filtration du liquide se fait plus abondante , d'où hydramnios.

On voit que ces deux auteurs admettent un point commun , l'exsudation à travers les parois vasculaires. Jungbluth la localise dans les vasa propria , tandis que Sallinger nie ces derniers et croit l'exsudation possible dans tout le département de la veine ombilicale. Tout le débat porte donc sur l'existence des vasa propria. Or, sur ce point , les avis sont partagés. En Allemagne , Weil , en Suède, Levison , admettent l'opinion de Jungbluth.

En France, Bar, qui a longuement étudié la pathogénie de l'hydramnios , formule ainsi ses conclusions : « Si nous ne nions pas d'une manière absolue l'existence du réseau capillaire de Jungbluth , réseau que nous n'avons jamais observé , nous croyons pouvoir rejeter complètement la théorie de cet auteur : 1^o Parce que , si les vaisseaux s'oblitérent au milieu de la grossesse , on ne voit pas comment la quantité de liquide amniotique peut s'accroître d'une manière continue jusqu'au moment de l'accouchement ; 2^o parce que nous avons constaté des cas

d'hydramnios sans que nous ayons pu trouver le réseau capillaire.

A côté de ces deux théories, nous devons placer celle de Winkler qui n'a jamais constaté l'existence du réseau de Jungbluth. Il admet, à leur place, des canalicules lymphatiques traversant la couche celluleuse du chorion, la couche gélatineuse, l'amnios elle-même, à la surface de laquelle ils s'ouvrent librement. On peut les considérer comme une des voies de production de l'hydramnios ; mais alors on comprend qu'on doive, dans ces cas, rencontrer en même temps une hydropisie de la couche gélatineuse (Charpentier).

Cette théorie nous semble pouvoir expliquer notre première observation d'hydramnios, où nous avons constaté en effet, entre les membranes externes et l'amnios, « un liquide glaireux assez abondant que l'on pouvait faire circuler entre ces deux feuillets réunis l'un à l'autre par des filaments cellulux. L'amnios était épaissie et infiltrée. (V. observ. I).

Étant donné les expériences de transsudation à travers la veine ombilicale, la théorie de Sallinger est très acceptable, à part l'hypothèse de la pléthore fœtale, et peut servir à expliquer les cas d'hydramnios où l'on a constaté des obstacles à la circulation en retour, ce qui paraît assez fréquent.

3^e CLASSE. — *Origine fœtale et maternelle à la fois.* — En combinant en tout ou en partie les opinions que nous venons de passer en revue, on forme une

théorie qui fait provenir le liquide à la fois du fœtus et de la mère. Elle repose sur les mêmes arguments que chacune des deux autres et a pour elle le mérite de n'être pas exclusive et d'accepter les différents faits expérimentaux dont nous avons parlé plus haut. Nous n'insistons pas.

Il est un autre phénomène dont peu d'auteurs ont tenu compte et qui complique singulièrement la question, nous voulons parler de la *résorption* du liquide. Cette résorption est possible, comme le prouvent les expériences de Bar qui, injectant dans la cavité amniotique d'une lapine, avec des précautions minutieuses, une solution de sulfate de strychnine, a vu l'animal être pris de convulsion à la 20^e minute.

Appliquons maintenant ces données normales à la pathogénie de l'hydramnios.

Peut-il y avoir une hydramnios d'origine maternelle ? Le fait n'est pas impossible, et vu la facilité avec laquelle les liquides passent des vaisseaux de la mère dans la cavité amniotique, on conçoit que si la tension est augmentée (maladies de cœur), ou le sang plus fluide (maladie des reins), la filtration exagérée puisse se faire et constituer l'hydramnios.

On cite, en effet, de nombreuses observations d'œdème et d'ascite chez la mère, se compliquant d'hydramnios, avec un fœtus normal.

Peut-il y avoir une hydramnios d'origine fœtale ?

A. Par sécrétion urinaire trop abondante. Comme le dit Bar : il est impossible, dans l'état actuel de la science de formuler la moindre conclusion sur ce point.

B. Par la peau. La même réserve est à garder, car si M. Budin a trouvé dans quelques cas des lésions de la peau, surtout le pemphigus, coïncidant avec une hydramnios, ces mêmes lésions se rencontrent fréquemment sans cette complication.

C. *Peut-il y avoir une hydramnios consécutivement à une gêne dans la circulation ombilicale en retour?* Étant donné d'une part, la fréquente coïncidence de l'hydropisie amniotique avec la syphilis, et d'autre part, la localisation commune des lésions syphilitiques dans le foie, nous croyons que les troubles de la circulation veineuse pourront expliquer un grand nombre de cas, peut être le plus grand nombre.

Supposons un obstacle opposé à la circulation en retour en un point quelconque, cœur, foie, veine ombilicale, la tension en amont augmentera et une transsudation exagérée aura lieu. Voyons donc la nature et le siège de ces obstacles.

Dans le *placenta*, on signale les adhérences, les dégénérescences fibro-graisseuses qui, se bornant à détruire les villosités, ne peuvent qu'amener un obstacle à la marche du sang dans les artères ombilicales, où la transsudation ne se fait pas.

Sur la *veine ombilicale* : on peut trouver un rétrécissement de son calibre, soit par une *phlébite*, ayant oblitéré quelques-unes des branches d'origine de la veine, soit par une *sténose* due à un épaississement unilatéral ou circulaire de la paroi avec un faux nœud (Obs. de Bar, Léopold, obs. personnelle);

soit encore par une compression exercée sur la veine par une tumeur, ou la vessie énormément distendue à la suite d'une oblitération de l'urèthre (obs. de Sallinger, Moreau, Depaul, Charpentier); la torsion exagérée du cordon prouvée par trois observations de Schauta (Arch. für gynæk. 1881). Dans la 1^{re}: hydramnios, enfant mort, 380 tours sur le cordon; dans la 2^e, grossesse gémellaire 2^e enfant mort, 307 tours; pas de détails sur la quantité de liquide; dans le 3^e cas, 58 tours, enfant momifié, hydramnios manifeste. Sallinger cite les cas de Rauch, Werner, Facieux où les cordons très minces ne dépassaient pas le volume d'une plume d'oie. Nous avons observé un cas de ce genre avec fœtus mort né; nous le publions plus loin.

Avant de poursuivre, nous devons relever une importante objection. Martin, Ruge (V. Bibliographie) prétendent que ces torsions exagérées du cordon ne peuvent se produire qu'après la mort du fœtus, et par suite ne sauraient être une cause d'hydramnios.

Dohrn, Winkel sont d'un avis tout à fait opposé, et réfutent les objections soulevées par Martin. Kehrer adopte une opinion intermédiaire et croit que ces torsions peuvent être produites avant et après la mort de l'enfant.

D'ailleurs, nous renvoyons le lecteur à la Revue des Sciences Médicales d'Hayem, où l'on trouve un résumé complet des travaux de ces auteurs.

Pour nous, il nous semble très rationnel d'admettre que la torsion commence, l'enfant étant en vie. Le calibre de la veine est primitivement rétréci à un point tel qu'il n'apporte qu'une gêne à la circulation en retour et par

suite un excès de tension produisant une exsudation. Mais plus tard le retrécissement augmente peu à peu, la circulation et la vie fœtale deviennent impossibles, l'enfant succombe.

Les torsions peuvent continuer à se produire et atteindre le nombre extraordinaire de 300 indiqués par Schauta.

Les lésions du foie. — Bar publie 3 observations très intéressantes d'hydramnios où le fœtus présentait une hépatite syphilitique, dont il a fait une sérieuse étude microscopique. Nous en rapportons une à la fin de ce travail.

L'hépatite syphilitique, dit cet auteur, est celle qui prédispose le plus à la production de l'hydramnios. L'examen histologique lui a montré une prolifération considérable du tissu cellulaire qui entoure les branches de la veine porte dans les espaces interlobulaires. Mais le processus ne s'arrête pas là ; la prolifération du tissu embryonnaire existe aussi dans les lobules, toujours en suivant les vaisseaux, les entourant d'une gaine plus épaisse qu'à l'état normal, envahissant l'intérieur même des canaux sanguins qu'elle oblitère. Essaie-t-on de faire une injection dans la veine ombilicale, le foie reste imperméable sur plusieurs points.

Ces recherches viennent confirmer celles de Gubler, de Lancereaux qui, dans son *Traité de la Syphilis*, P. 423, s'exprime ainsi : Le foie présente une coloration jaune particulière, comparable à la pierre à fusil... L'injection démontre que la trame vasculaire est à peu près imper-

méable... Les parois des vaisseaux sont toujours notablement épaissies, quelquefois même en dehors des foyers d'altération.

Le foie étant hypertrophié, dans presque tous les cas, on peut donc dire que l'on est en présence d'une *cirrhose hypertrophique ayant son point de départ autour des vaisseaux sanguins qu'elle comprime et oblitère*. (Bar).

Ajoutons qu'il faut que les lésions soient assez prononcées, pour rendre le canal de communication entre la veine ombilicale et la veine cave incapable de suppléer la veine porte oblitérée. Ceci explique pourquoi toute hépatite ne s'accompagne pas nécessairement d'hydramnios.

Lésions du cœur. — Suivant son cours normal, le sang arrive au cœur fœtal. Nous n'avons pas besoin d'indiquer ici le mécanisme de la circulation dans ces organes avant la naissance; il suffit de dire que les troubles circulatoires finiront toujours par amener un excès de tension dans les veines caves. Mais remarquons que la veine cave inférieure chez le fœtus peut être considérée comme se trifurquant: la veine ombilicale, le système porte et le tronc propre de la veine. La tension, et, par suite, l'exsudation, doivent être les mêmes dans ces trois branches. Or, dans les deux observations de Bar, on ne signale ni ascite ni œdème généralisé, comme on pourrait s'y attendre, mais seulement un peu d'œdème du ligament suspenseur, et d'hydropéricarde.

A quoi peut-on tenir cette localisation de la transsudation?

tion a la seule veine ombilicale ? Est-ce parce que le passage du liquide à travers les parois vasculaires du cordon serait plus facile ? Nous ne savons ; nous admettons pleinement ce mode pathogénique de l'hydramnios, mais il y a, dans ces deux cas, un fait négatif que nous ne nous expliquons pas.

Autre objection : l'hydramnios, dans un cas a, commencé dès le début de la grossesse, alors que n'existaient certainement pas les lésions constatées à la naissance.

Lebedjew cite une observation d'hydramnios avec enfant mort, présentant 200 grammes de liquide dans les plèvres et le péritoine, et dont le cœur très hypertrophié, offrait une sténose de l'orifice aortique. Les parois ventriculaires étaient très épaissies (0,05 c. à droite, 0,08 c. à gauche⁽¹⁾). Ce rétrécissement avait fini par amener une stase dans la veine cave inférieure et par suite dans la veine ombilicale, d'où l'hydramnios. Il n'est pas dit s'il y avait œdème généralisé. Dans ce cas, *Lebedjew* a constaté la persistance des *vasa propria* et rattache la maladie à leur présence. Mais, la transsudation pouvant se faire sur toute la longueur de la veine, le réseau de Jungbluth ne nous paraît pas indispensable pour la production de l'hydropisie.

Lésions des Poumons. — *Bar* cite deux observations d'hydramnios où il a trouvé des lésions syphilitiques des poumons, ayant amené une stase dans l'artère pul-

(1) Nous citons ces chiffres d'après Charpentier ; mais il doit y avoir une erreur, car il est difficile de se figurer un cœur de fœtus dont les parois auraient cette épaisseur de 8 cent.

monaire et consécutivement dans la veine cave. Dans le premier seulement, il note l'œdème généralisé.

L'examen histologique lui a montré une pneumonie interstitielle, lobulaire. Dans les lobules atteints, les vaisseaux deviennent plus rares, les canaux artériels plus étroits; leurs branches sont obstruées, si bien que, quand la lésion est plus avancée, des travées entières sont privées de vaisseaux: d'où stase dans le système de l'artère pulmonaire.

Arrivé au terme de cette étude qui peut paraître longue et qui n'est cependant qu'un résumé, nous devons nous demander qu'elle est la théorie vraie? Il faut bien le dire: aucune ne peut être exclusivement adoptée, aucune ne peut expliquer tous les faits. Si l'on accepte uniquement l'origine fœtale, comment expliquer ces cas d'amniotite, et ceux où la maladie débute à 2 ou 3 mois de grossesse (Mercier). Si l'on n'admet que l'origine maternelle, on est forcé de négliger les obstacles à la circulation en retour dont on ne peut pas contester l'importance pathogénique; et ce sont ces derniers faits qui nous paraissent devoir être la cause la plus fréquente de l'affection.

Malheureusement dans certains cas, il ne sera possible de constater aucune lésion, ni du côté de la mère ni du côté de l'enfant, capable de donner la solution du problème qui restera avec toutes ses inconnues et ses obscurités, peut-être pour longtemps encore à cause de la complexité de ses éléments.

TRAITEMENT.

Contre une affection aussi grave pour la mère et surtout pour le fœtus, l'art n'est pas impuissant et un traitement rationnel peut éloigner ou au moins atténuer de beaucoup le danger.

L'indication est nette et formelle : la surabondance de liquide étant la cause de tout le mal, il faut donc diminuer sa quantité.

Le traitement idéal serait celui qui consisterait à n'enlever que le trop plein et laisserait la grossesse continuer son cours. Mais avant de voir ce que les auteurs ont fait contre la maladie, nous avons à étudier les indications de l'intervention. Nous verrons ensuite les divers modes de traitement.

Indications et contre-indications de l'intervention.

— Il faut distinguer ici plusieurs cas. Dans les hydramnios simples — et nous comprenons dans ce groupe, même celles où le liquide est très abondant sans déterminer de troubles graves — il faut attendre et se contenter de soulager la malade, en calmant les symptômes.

Dans une seconde classe, nous plaçons les cas où d'une part, les symptômes ont acquis une intensité insuffisante

pour mettre directement ses jours en danger, mais capable de l'affaiblir à un point tel, que la moindre complication compromettrait son existence, et où d'autre part, un examen attentif et répété a fait constater des signes de *mort* du fœtus.

Dans de telles circonstances, il nous semble bien indiqué de débarrasser la femme d'un produit si dangereux pour elle et n'ayant aucun intérêt en jeu.

La difficulté réside dans la constatation de la mort du fœtus. Si la femme, déjà hydropique, a cessé brusquement de percevoir les mouvements de l'enfant, si le médecin n'arrive ni à entendre les battements fœtaux ni à sentir les mouvements actifs, après un examen répété, il y a une probabilité suffisante en faveur de cette idée.

Dans une troisième classe, rentrent les faits où la vie de la femme est *directement* et *immédiatement* menacée, comme cela se voit dans la forme aiguë, par les vomissements incessants, la fièvre, l'émaciation. Dans ces cas, l'intervention est urgente. il faut délivrer la femme, dût-on pratiquer l'avortement. Certes, c'est toujours une chose grave que d'expulser ainsi l'enfant à une époque où il n'est pas viable et l'on pourrait se heurter à de vives oppositions. Mais en posant nettement les conditions du fait, l'hésitation n'est pas permise ; car nous supposons que, selon toutes les probabilités de la science, *la femme va mourir* et par suite son enfant avec elle. Ce sont donc là deux existences qu'on laisse se perdre inutilement, tandis que l'intervention sauve presque certainement la mère en plaçant le fœtus dans un autre milieu, mortel il

est vrai pour lui, mais qui ne l'est pas plus que celui auquel on vient de le soustraire.

Mais heureusement, ce n'est pas là le cas le plus ordinaire. On peut le plus souvent, par un traitement symptomatique, retarder l'intervention et se rapprocher du terme normal de la grossesse ; et si enfin les accidents devenaient menaçants, si l'utérus ne se suffisait pas, on n'aurait à pratiquer alors qu'un accouchement prématuré qui laisse à l'enfant plus de chances de vie. Mais il faut encore se garder de l'excès dans la temporisation ; et comme le fait observer Guillemet (Thèse page 60), rappelant une opinion émise par Oulmont, : en intervenant avant que les accidents ne deviennent alarmants, on éloignerait peut-être les causes de la mort de l'enfant : car, dans presque toutes les observations, les signes de la vie fœtale n'ont disparu que quand les troubles avaient duré un temps trop long.

Mode d'intervention. — Selon les moyens que l'on emploie pour diminuer la quantité de liquide amniotique, le traitement peut être distingué en *médical* ou *chirurgical*.

Comme traitement *médical* ou *général*, on s'est servi des diurétiques, des purgatifs, des sudorifiques, de la saignée, et presque toujours sans succès. Une observation de Dubois, cependant, la seule de ce genre, montre nettement l'utilité des émissions sanguines générales ; nous la rapportons, pour son intérêt, à la fin de ce travail.

Malgré cela, l'expérience montre qu'il ne faut pas compter sur un mode de traitement aussi infidèle. Si l'on

veut cependant se rappeler la relation qui existe entre la syphilis et l'hydramnios, on comprend qu'un traitement anti-syphilitique puisse avoir des résultats favorables.

Une observation de M. Fournier, rapportée dans la thèse de Guillemet, est très instructive à ce sujet. Une femme contracte la syphilis : 1^{re} grossesse normale ; à la 2^e, hydramnios, l'enfant meurt 3 heures après sa naissance ; à la 3^e, nouvelle hydramnios, enfant mort-né. A ce moment elle suit un traitement régulier, et la 4^e grossesse est normale, l'enfant vit. Il en est de même pour la 5^e.

Sauf les cas où une médication interne *préventive* est possible et aussi nettement indiquée, c'est au *traitement chirurgical* ou *curatif* qu'il faudra recourir. Il consiste à évacuer le liquide amniotique. On y arrive, soit par la ponction utérine à travers les parois abdominales ou par le vagin, soit par la perforation des membranes au niveau ou au-dessus du col.

La ponction du tissu utérin par l'abdomen ou le vagin doit être totalement rejetée. On l'a pratiquée, il est vrai, sans inconvénients, mais toujours à la suite d'erreurs de diagnostic.

Il reste l'ouverture des membranes soit au niveau du col, soit plus ou moins au-dessus.

Examinons ces deux modes opératoires, mais voyons auparavant quelles sont les conditions que doit remplir une bonne ponction.

Il faut 1^o qu'elle évacue le liquide assez lentement pour permettre à l'utérus de se rétracter et éviter ainsi les

accidents dus à une déplétion trop rapide, inertie, hémorrhagie, syncope ; 2° qu'il ne se forme pas de flot capable d'entraîner soit un membre soit le cordon ; 3° qu'il soit possible d'arrêter l'écoulement, si besoin est.

La déchirure de la poche au niveau du col se fait soit avec le doigt soit avec une sonde en stylet ou une aiguille. Quand le col est à peine entr'ouvert, ce procédé donne d'excellents résultats ; car, que l'ouverture de la poche s'agrandisse ou non, le liquide ne s'en écoulera pas plus rapidement, vu l'état du col.

C'est ce que fit Mercier, qui rapporte ainsi son intervention :

» Je me servis d'une longue et grande aiguille préparée à cet effet ; je la glissai entre les deux doigts dans le vagin, je la conduisis à travers l'orifice (non entr'ouvert et aminci) et je perçai, en poussant, les membranes qui contenaient les eaux. Celles-ci coulèrent pendant des heures entières par un petit filet et l'utérus revint ainsi sur lui-même, lentement et sans accidents.

Mais quand le col est entr'ouvert ou dilaté, comme dans notre observation V, si petite que soit l'ouverture faite à la poche, elle s'agrandira ; il faudra alors obturer le col avec les doigts et introduire toute la main dans le vagin pour s'opposer à la sortie trop rapide du liquide.

Tarnier se contente d'obturer la vulve avec quatre doigts fermés dans la paume de la main.

Nous avons dit plus haut que le traitement idéal serait celui qui n'enlèverait que le liquide en excès. Cet idéal n'est pas absolument impossible à atteindre, témoin le

fait suivant observé par Ingleby (Arch. méd. 1834 T.4 . P. 338) et cité par Cazeaux. P. 316.

« Une dame, arrivée au sixième mois d'une troisième grossesse, perdit tout-à-coup, pendant la nuit, une grande quantité d'eau. A partir de ce moment jusqu'à la fin de la grossesse, il s'écoula tous les jours une pinte et un quart de liquide. La femme accoucha d'un gros garçon; le délivre fut expulsé spontanément. » Le placenta présentait deux orifices, l'un produit par le passage de la tête, l'autre se trouvait sur le rebord du placenta. C'est sans doute par cette ouverture que le fluide s'échappait de temps en temps.

Pour remplir ce desideratum, Cazeaux adopte le conseil de Guillemot qui décolle et ponctionne très haut les membranes. Meisner a même inventé un trocart pour perforer ainsi les membranes à la partie moyenne ou supérieure de l'œuf.

Mais le but des deux auteurs n'est pas le même. Meisner veut provoquer l'accouchement prématuré, tout en laissant une certaine quantité de liquide pour mettre le fœtus dans de meilleures conditions. Guillemot espérait n'enlever que le trop plein et abandonner la grossesse à elle-même. Il cherchait à réaliser artificiellement ce que la nature avait fait spontanément dans le cas d'Ingleby.

Si ce procédé ne réussit pas souvent, il n'en faut pas moins le tenter, car quoi qu'il arrive, il ne présente aucun inconvénient.

Mais quand le travail est commencé, quand le col est complètement effacé et la dilatation plus ou moins grande, il n'est plus temps de songer à enrayer la marche de l'ac-

couchement et tous les efforts de l'accoucheur doivent tendre à ce que l'évacuation du liquide n'amène aucun accident. Dans notre observation V, l'introduction de la main dans le vagin a suffi pour modérer l'écoulement, mais nous étions secondé par la tête fœtale, qui jouait l'office d'obturateur, que nous étions forcé de repousser et nous avions encore un *flot* à certains moments.

Nous n'avons pas obtenu, dans ce cas, de l'emploi de la sonde, le résultat que nous en attendions. La cause de cet insuccès tient à ce que l'extrémité de la sonde, n'étant pas aiguë, il nous a fallu faire un certain effort pour perforer les membranes qui se sont par suite déchirées dans une assez grande étendue.

Si pareil cas se représentait, nous nous servirions d'une sonde œsophagienne, percée à son extrémité mousse d'un petit trou par lequel on pourrait faire saillir un fil de fer assez fort qui servirait de mandrin. Nous aurions également soin de couder légèrement le bec de la sonde, et de noter de quel côté se trouve la courbure. Après avoir pénétré à une hauteur de 10 à 15 cent., nous tournerions avec précaution le bec de la sonde vers les membranes, en poussant le mandrin qui les perforerait ainsi plus facilement, puisqu'il agirait presque perpendiculairement à la surface de la poche.

Par ce procédé, nous pourrions espérer réaliser les conditions d'une bonne ponction données plus haut sans avoir recours à un trocart spécial qu'on n'a pas toujours sous la main : Ecoulement lent, absence de flot, possibilité d'arrêter l'évacuation à son gré.

OBSERVATIONS.

Le nombre d'observations d'hydropisie de l'amnios publiées tant en France qu'à l'étranger est considérable. Après avoir donné nos sept cas personnels et inédits, notre intention dans cette partie de notre travail, a été de mettre sous les yeux du lecteur la relation d'une hydramnios *aiguë* afin de montrer l'exactitude du tableau symptomatique tracé plus haut ; de rapporter les faits, si intéressants au point de vue pathogénique observés par Bar, et le cas de Dubois où la saignée paraît avoir eu une réelle influence préventive.

Nous nous sommes borné à ces quelques observations renvoyant le lecteur, pour les autres, à l'*Index bibliographique* et au corps même de la thèse. Nos observations personnelles ont été recueillies pendant notre internat à la Maternité Sainte-Anne : les quatre premières dans le service de M. le professeur Faucon, les trois autres dans le service de M. le professeur Eustache.

Quelques-unes d'entre elles sont négatives sous le rapport de la cause ; mais nous n'avons cependant pas hésité à les publier, dussent-elles ne servir qu'au point de vue statistique.

OBSERVATION I. (PERSONNELLE).

Hydramnios datant du début de la grossesse. — Inflammation des membranes. — Absence de lésions chez le fœtus.

Lef.... Rosine, âgée de 24 ans, servante, a accouché, pour la première fois, le 14 mars 1880. Sa grossesse ne datait que de 8 mois. Le médecin a attribué cette avance à ce qu'elle avait pris des bains quelques jours avant. L'enfant ne vécut que deux jours. L'écoulement lochial dura six semaines, et la fille se rétablit complètement de ses couches. Deux mois après son accouchement, elle était de nouveau réglée normalement comme auparavant. Ses règles duraient 5 ou 6 jours et venaient le 10 ou 11 de chaque mois.

Au mois de septembre, elle se croit enceinte : ses règles ne durent que deux jours à peine, ses seins se tendent, son ventre se durcit, dit-elle, au niveau de l'ombilic. Puis elle est prise de palpitations, le matin elle vomit des glaires.

Au mois d'octobre, on pouvait déjà voir qu'elle était enceinte, et elle était obligée de relâcher sa ceinture.

Jusqu'au mois de février, rien de particulier. Chaque mois elle se voyait un ou deux jours et son ventre augmentait progressivement. Le 17 février 1881, elle va consulter un médecin de Tournai. Tout d'abord, à la simple inspection du ventre, il remarque une saillie dans le flanc droit et croit à une tumeur abdominale. La fille lui affirmant qu'elle était enceinte, il déclare que, d'après le volume du ventre, elle doit l'être de cinq mois environ et confirme son dire après l'avoir touchée.

Depuis lors, plus de règles. Le ventre augmente petit à petit et régulièrement, sans troubles d'aucune sorte, ni vomissements, ni amaigrissement, ni œdème des jambes, ni varices, ni dyspnée, ni palpitations, ni constipation. Elle a remarqué

qu'elle urinait un peu moins. Elle a perçu, pour la première fois, les mouvements de son enfant, vers la fin de février et n'a pas cessé de les sentir depuis ce moment. Vendredi dernier, 6 mai, on la chasse, subitement et sans la prévenir, de sa place de domestique. Elle veut entrer à l'hôpital de Tournai, on la refuse, dit-elle, parce qu'elle est française. Elle vient à Lille pour trouver asile chez l'une de ses tantes; mais cette parente est morte. Enfin, une voisine la reçoit chez elle par commisération.

Est-ce par suite de ces émotions et de ces chagrins coup sur coup, en tout cas, elle affirme que son ventre s'est enflé beaucoup plus rapidement depuis ce vendredi.

Elle arrive à la Maison St^e-Anne le mercredi 11 mai, à 3 h. 12.

Examen. — Fille de taille au-dessous de la moyenne, anémique, sans traces de syphilis. Ce qui frappe d'abord c'est le volume du ventre beaucoup plus considérable qu'il ne l'est chez une femme au terme d'une grossesse ordinaire. La tumeur qu'il forme n'est pas étalée mais saillante, présentant dans le flanc droit une grosseur du volume des deux poings.

La palpation me fait constater que la tumeur est de forme nettement ovoïde, à grosse extrémité supérieure, remontant jusqu'à l'épigastre. Elle est fortement tendue, dure même, mais *se durcit davantage de temps en temps pendant une dizaine de seconde*. Il m'est difficile de sentir des saillies et des inégalités comme celles que présente ordinairement un fœtus dans la matrice. La *fluctuation* est d'une netteté remarquable dans tous les points. La petite tumeur latérale ne présente pas la consistance d'une partie dure, et, de plus, elle est également fluctuante. La *mensuration* donne 95^c. de circonférence.

Par l'auscultation, en aucun point je n'entends de doubles battements fœtaux, mais, de temps en temps, comme un léger

rôlement. Je fais cependant prendre à la femme plusieurs positions : assise, couchée sur le dos et sur l'un ou l'autre côté. Le souffle utérin s'entend facilement. Par le *toucher*, j'arrive sur le col entr'ouvert, épais encore de presque une phalange, admettant très facilement l'index. Je sens la poche des eaux. Mais j'ai beau la déprimer, nulle part je ne trouve de partie fœtale.

Le diagnostic le plus probable à ce moment est celui d'hydramnios, avec présentation fœtale inconnue.

A 6 heures, commencent les douleurs, régulières, normales comme force et durée, survenant tous les quarts d'heure environ. Vers 7 heures, elle perd un peu d'eau.

A 8 heures, le col, toujours épais d'une phalange, présente une dilatation comme une pièce de 2 francs.

A 11 heures, les douleurs sont plus rapprochées et plus longues. Le col ne varie pas. Je sens au-dessus du pubis, très haut, une partie fœtale qu'à sa consistance je crois être le siège.

A minuit, douleurs fortes, le col s'amincit un peu sans se dilater.

A une heure, même état, la femme souffre considérablement, toujours dans le bas ventre. Belladone sur le col.

A 3 heures, l'utérus est pour ainsi dire tétanisé. La femme se plaint continuellement, la dilatation n'avance pas.

A 5 heures, même état du col; la femme vient de sentir un mouvement assez fort de son fœtus.

A 7 heures, pas de changement, la femme s'épuise.

A 9 heures, la dilatation a augmenté et se trouve un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs. Le col est aminci.

A 9 heures 1/4, M. le professeur Faucon constate cette situation et fait donner un grand bain tiède avec 5 gr. de pommade de belladone sur le col. La friction belladonnée est faite : on préparait le bain, quand la poche des eaux se rompt.

Une quantité considérable de liquide s'écoule. La femme est *immédiatement* soulagée; je pratique le toucher et je crois sentir une épaule et le creux de l'aisselle. J'introduis assez facilement la main entière pour faire la version et remontant le long du membre, je reconnais à son extrémité un talon. Je retire la main et sens, en effet, en bas le coccyx et le pénis que je fais nettement mouvoir en tous sens. Il est dirigé en avant et à gauche, c'est donc une position sacro-iliaque droite postérieure. Au moment où j'introduisais la main il s'est écoulé un peu de sang. Le tronc sorti, la tête reste quelques secondes sous le pubis et est facilement extraite. L'utérus revient parfaitement sur lui-même, il s'écoule très peu de sang. Le placenta entier sort au bout de cinq ou six minutes.

L'enfant est du volume d'un fœtus de 6 à 7 mois; son poids est de 1^k.500, sa longueur de 37^c. L'autopsie qui sera faite à courte échéance permettra de préciser son âge.

Le placenta est volumineux, du poids de 700 gr. Ses faces fœtale et utérine ne présentent rien de particulier. Il n'en est pas de même des membranes : on constate, en effet, entre les membranes externes et l'amnios une infiltration d'un liquide glaireux que l'on peut faire voyager entre ces deux feuillets réunis l'un à l'autre par des filaments cellulaires. Le feuillet amniotique est épaissi, et son aspect ne peut mieux être comparé qu'à celui d'une feuille de colle de Flandre très transparente. On ne voit pas sur la caduque de plaques blanchâtres ni traces d'hémorrhagies.

Le cordon est normal et mesure 47^c.

Le liquide amniotique qui s'est écoulé en quantité considérable (on peut l'évaluer à 7 litres), avait sa coloration ordinaire, légèrement blanchâtre, sans grumeaux, sans odeur urinaire.

Les suites de l'accouchement ont été on ne peut plus heureuses. La femme a été mise à une diète sévère pour empêcher la montée du lait.

Le cinquième jour il ne s'était pas encore manifesté la moindre poussée du côté des seins. La température n'a pas dépassé 38°,2.

L'enfant enveloppé dans de la ouate a vécu jusqu'au samedi à deux heures. Le vendredi, ses membres inférieurs se sont œdématiés, d'un œdème dur. Ses mains se sont également gonflées. Il boit à plusieurs reprises une cuillerée à café de lait. On ne parvient pas à le réchauffer, sa température dans l'aisselle est de 28°4. De temps en temps il pousse un faible vagissement.

L'autopsie faite avec le plus grand soin n'a donné que des résultats négatifs.

La veine ombilicale, dans son trajet intra-abdominal, est perméable. Le foie, le cœur, les reins, les poumons, tout paraît sain et normal. Le tissu cellulaire est fortement infiltré. Pas de point d'ossification dans l'extrémité inférieure du fémur.

Etant donné les particularités que présentent les membranes et l'absence de lésions fœtales, nous croyons que, dans ce cas, l'hydropisie était d'origine maternelle, et l'examen microscopique nous eût peut-être montré le réseau lymphatique de Winkler (Voir Pathogénie).

OBSERVATION II. (PERSONNELLE).

Hydramnios datant du début de la grossesse. — Fœtus mort né.

Guilb..., Louise, 35 ans, mariée, a eu 9 grossesses sans accidents. Le dernier accouchement a eu lieu en juin 1880. Elle a nourri l'enfant pendant quelques mois. Elle n'a vu ses règles qu'une seule fois du 14 au 22 octobre 1880 et c'est à cette époque qu'elle a conçu, n'ayant pas vu son mari avant.

Dès le début de sa grossesse, elle remarque un développement exagéré du ventre qui, à 6 semaines, était aussi volumineux qu'il l'est normalement à 4 mois. Elle souffre de palpitations depuis les premiers jours. Son ventre s'est développé uniformément, sans poussées et sans accidents. Il y a environ deux mois, elle reçut sur l'abdomen un choc un peu violent, mais n'a rien remarqué à sa suite.

Les troubles n'ont commencé qu'il y a 3 semaines. Ses malléoles, qui ne s'œdématisaient qu'après de grandes fatigues, se sont enflées depuis lors, d'une façon permanente. Depuis cette époque aussi, elle vomit souvent, mais il n'y a que 2 ou 3 jours *qu'elle ne peut rien garder*. — La respiration n'est que médiocrement gênée. La nutrition générale se fait mal: elle a beaucoup maigri, surtout dans ces derniers temps. Les urines sont rares, épaisses, d'un rouge jaunâtre. Aucun signe de syphilis.

Examen. — Le ventre est beaucoup plus développé qu'à terme. Il mesure 103 cent. dans sa plus grande circonférence. La peau est tendue, luisante. Le côté droit du fond de l'utérus est un peu plus élevé que le gauche.

Par le *palper* on sent que cette tumeur arrive jusqu'aux cartilages costaux et plonge au-dessous d'eux. La résistance de ce globe est très marquée, de même que la sensation de flot. On le sent parfois se *durcir* sous la main, pendant 7 ou 8 secondes. — Nulle part on ne rencontre de parties fœtales. Pas de mouvements actifs du fœtus. La mère ne les sent plus depuis environ 15 jours. — La *percussion* donne de la matité dans toute l'étendue de l'abdomen. — L'auscultation est absolument muette en ce qui concerne les battements fœtaux. Le souffle utérin est normal. Par le *toucher* on trouve le col long de 1 cent. environ, admettant le doigt. La partie fœtale qui se présente est tellement mobile, on la fait balloter si aisément qu'il est probable que c'est la tête.

Il doit y avoir en même temps une légère ascite, car il existe une petite tumeur ombilicale. Après cet examen, on s'arrête au diagnostic: hydramnios avec fœtus de 7 mois, mort. Toutefois, une réserve est à faire, pour la possibilité d'une grossesse gémellaire, n'ayant aucune raison ni pour l'admettre ni pour la rejeter.

On essaye de calmer les vomissements avec de l'eau de seltz, des boissons froides, et les douleurs avec une injection de morphine. On ajoute, en même temps, une potion avec 30 gr. de cognac.

4 Mai. Rien à noter.

Dans la nuit du 4 au 5, la malade souffre beaucoup, mais n'a pas de douleurs « comme pour accoucher » et ne fait appeler personne.

Accouchement. — Le 5, vers 8 heures du matin, en se mettant sur le vase de nuit, elle perd une quantité considérable de liquide.

Je la touche et trouve la dilatation complète. Je sens une tumeur arrondie, molle, facile à confondre avec le siège; mais en déprimant en plusieurs points, j'arrive toujours à trouver un plan osseux à peu près à la même profondeur. C'est donc la tête, dont le cuir chevelu est fortement infiltré.

L'accouchement ne présente rien de particulier. La totalité de liquide qui s'écoula peut être évaluée à 6 litres. Il était de couleur jaunâtre et d'odeur urineuse facile à constater.

Le placenta était mou, les membranes et le cordon normaux. L'utérus revint parfaitement sur lui-même. J'eus soin, une fois la tête sortie, de maintenir le tronc dans le vagin afin de ne laisser s'écouler le liquide que peu à peu. Il n'y eut aucune hémorrhagie.

La femme, qui n'avait pas vomi pendant le travail, put aussitôt prendre du bouillon sans le rejeter. — Les suites de couches furent des plus heureuses. Au 3^e jour les seins n'avaient

encore été le siège d'aucune montée de lait. La température maximum fut de 38°,4. Elle sortit, très bien remise, le 17 mai.

Autopsie du fœtus. — Tissu cellulaire fortement infiltré, larges phlyctènes soulevant l'épiderme. Dans le péritoine, la plèvre, le péricarde, on trouve du liquide citrin en grande quantité. Les parois de ces séreuses sont lisses. Tous les autres organes paraissent sains. En somme, autopsie négative.

La cause de l'hydramnios nous échappe dans ce fait.

OBSERVATION III. (PERSONNELLE).

Hydramnios. — Avortement à 5 mois 1/2.

Denn..., Julie, 21 ans, célibataire, entre à la Maison S^{te}-Anne, le 15 juillet, à 11 heures du soir. Elle est, dit-elle, en travail depuis 18 ou 20 heures. C'est sa seconde grossesse : elle a accouché pour la première fois en 1879, sans accidents. Elle a cessé de se voir en janvier 1881 et se croit enceinte de 6 mois 1/2 environ. Sa grossesse a été très normale, sans troubles d'aucune sorte et ne l'a jamais forcée de quitter son travail très fatigant d'ouvrière de fabrique. Pas de syphilis.

Examen. — Le ventre est plus volumineux que ne le comporte l'âge présumé de la grossesse. La saillie plus marquée du fond de l'utérus à gauche attire mon attention. Ayant déjà remarqué ce fait dans un cas d'hydramnios, je recherche la *fluctuation* qui se constate très nettement.

Au *palper*, l'utérus n'est pas tendu, ni résistant, mais on sent cependant avec peine quelques parties fœtales. Les bruits du cœur sont faibles, mais s'entendent à gauche. Souffle utérin normal.

Au *toucher*, dilatation de 5 cent. environ, poche des eaux

saillante, la tête du fœtus très mobile, paraissant se présenter en O. I. G. A.

A 1 heure $3/4$ du matin, la dilatation est complète, et les douleurs fréquentes. La poche des eaux résistant aux violentes contractions, je la romps avec l'ongle de mon index. Il s'écoule un flot de liquide bientôt arrêté par la descente de la tête. Celle-ci, vigoureusement chassée, sort de la vulve : aussitôt un jet de liquide est lancé à plus de $1^m,50$ de la femme.

J'empêche le tronc de l'enfant de sortir pour permettre au liquide de s'échapper lentement et prévenir une déplétion trop brusque de l'utérus. Celui-ci revient parfaitement sur lui-même.

La délivrance a lieu normalement, sans perte de sang. Les membranes, le placenta et le cordon, 25 cent., paraissent normaux.

L'enfant mesure $38^c. 1/2$. Le diamètre BP = 8, OF = 8, sus OM = 10.

Ses membres s'œdématisèrent dans la journée d'une façon prononcée et il mourut le lendemain à 3 heures du matin.

Son autopsie fut négative au point de vue des lésions macroscopiques.

OBSERVATION IV. (PERSONNELLE).

Hydramnios de moyenne abondance. — Accouchement à 8 mois.

Fœtus sain et vivant.

H... Marie, 24 ans, célibataire, est enceinte de 8 mois seulement ; sa grossesse s'est passée sans accidents ; à aucun moment, elle n'a vu son ventre se développer plus rapidement et c'est progressivement qu'il a atteint le volume actuel.

La forme du ventre présente, comme dans le cas précédent, une saillie de la partie gauche du fond de l'utérus plus prononcée

qu'à droite. Cette saillie, qui donne au ventre la forme d'un cœur de carte à jouer irrégulier, est dépressible, fluctuante, comme d'ailleurs le reste de l'utérus.

Le *palper* ne donne pas de résultats.

Je ne parviens à entendre les battements fœtaux qu'en faisant coucher la femme sur le côté gauche. Le souffle utérin s'entend comme d'ordinaire.

Par le *toucher vaginal* on arrive sur une tête qui paraît petite; elle est peu mobile. L'accouchement se fit spontanément et normalement. L'enfant, quoique petit, était vivace et vécut en effet.

Je n'ai rien pu découvrir sur le placenta et ses annexes. — La totalité du liquide dépassait certainement 2 litres.

Les cas de ce genre doivent être communs, et nous ne l'avons relaté ici que parce qu'il présentait tous les signes de l'hydramnios dans sa forme la plus bénigne.

OBSERVATION V. (PERSONNELLE).

Hydramnios chronique. — Début à 6 mois. — Fœtus hydrocéphale et ascitique.

T..., Marie, 30 ans, ménagère, est actuellement enceinte de 8 mois. C'est sa 3^e grossesse. Les deux premières n'ont rien ré senté de particulier. Pas de traces de syphilis.

dans le volume de son ventre. Mais, à cette époque, elle le vit grossir, non pas brusquement, mais progressivement et plus rapidement que cela ne se passe d'ordinaire, surtout depuis

trois semaines. Elle n'a éprouvé d'accidents d'aucune sorte, à part la gêne causée par le poids du ventre. Elle était, suivant son expression, simplement « *lourde* » et travaillait encore la veille de son entrée à la Maternité S^{te}-Anne, le 5 septembre.

Examen. — Ventre énorme, régulièrement globuleux, sans dépressions ni saillies. Sa circonférence mesure 1^m,10 au point le plus saillant. La paroi est tendue, luisante, se laisse à peine déprimer et ne permet de sentir aucune partie fœtale. Cependant, en enfonçant profondément les deux mains de chaque côté du pubis, on sent une tumeur qui paraît être la tête. La fluctuation est d'une netteté manifeste en *tous* les points. Je ne puis toutefois la percevoir, un doigt appuyant par le vagin sur la poche des eaux, tandis que je percute la paroi abdominale.

La *percussion* donne une matité absolue partout, et l'on ne trouve la sonorité que sous l'hypochondre gauche en arrière.

L'*auscultation* donne des résultats presque négatifs : deux fois il nous a semblé, à M. le professeur Eustache et à moi, entendre de faibles battements, en haut et à gauche ; mais en somme, pas de signe objectif certain de la vie de l'enfant. Le souffle utérin s'entend normalement. Par le *toucher vaginal*, on ne rencontre aucune présentation ; la poche des eaux d'ailleurs, qui bombe à travers le col dilaté comme une pièce de 5 francs, empêche le doigt de pénétrer profondément.

Quelques varices, un œdème sus-pubien assez marqué, pas d'infiltration des membres inférieurs, ni des grandes lèvres, voilà les symptômes insignifiants de voisinage.

L'enfant remue beaucoup moins depuis quelque temps, mais la femme l'a encore senti hier soir.

La dilatation augmentant peu à peu, l'indication était d'empêcher l'évacuation trop brusque du liquide. M. Eustache veut bien me laisser introduire moi-même une sonde en gomme, munie d'un mandrin. Je pénètre à une certaine hauteur entre les membranes et la paroi utérine, et je cherche à perforer la

poche. Mais le bout de la sonde n'étant pas assez pointu, au lieu de perforer simplement les membranes, je les déchire. Le liquide s'écoule : j'introduis dans le vagin ma main qui forme pour ainsi dire bouchon, et laisse écouler les eaux à mon gré. Dès le début, j'avais senti la tête descendre en O. I. G. A, mais je pus facilement, du bout du doigt, la maintenir à distance. L'utérus revint lentement sur lui-même, et quand, pendant un quart d'heure, il se fut écoulé 6 litres de liquide, la tête vint s'appliquer sur le col, l'écoulement s'arrêta. Le ventre n'avait plus que le volume d'une grossesse à terme. On entendait les battements fœtaux, à gauche, au-dessous de l'ombilic. Les douleurs se rapprochèrent, la lèvre postérieure se déchira jusqu'au cul-de-sac. Enfin, l'enfant se dégagait normalement. Un reste de liquide s'échappa, et, quelques instants après, le placenta et les membranes au complet, sortaient de l'utérus, sans tractions.

L'utérus, un peu volumineux, formait un globe de sûreté parfait. La femme prit cependant 1 gramme d'ergot de seigle.

L'enfant, *ascitique*, *hydrocéphale*, fit quelques mouvements respiratoires, et, malgré tous les soins qu'on put lui donner, mourut bientôt. Malheureusement, par suite d'un malentendu, j'ai eu le très vif regret de ne pouvoir faire son autopsie qui eût été certainement très intéressante.

Le liquide jaune citrin, ne présentait aucune odeur. La quantité totale mesurée était de 10 litres.

L'absence d'autopsie rend cette observation, si intéressante au point de vue clinique, sans valeur pour la pathogénie.

OBSERVATION VI. (PERSONNELLE).

Hydramnios chronique. — Fœtus de 6 mois 1/2 mort-né.

Sténose de la veine ombilicale.

Dev..., Marie, étirageuse, 38 ans, a eu 5 enfants, le dernier en 1880. Elle se croit actuellement enceinte de 6 mois et demi. Sans causes connues, elle a cessé de sentir remuer son enfant depuis une quinzaine de jours. Elle souffre de douleurs régulières depuis quinze heures. Le ventre n'est pas volumineux, quoique plus développé que ne le comporte l'âge de la grossesse. — On perçoit la sensation de flot. Pas de battements fœtaux.

A 11 heures 1/2, la dilatation étant complète, je perfore les membranes qui sont assez résistantes; il s'écoule une forte quantité de liquide roussâtre, d'odeur désagréable. La tête se présente en O. I. G. A. L'expulsion a lieu spontanément et est suivie d'un écoulement d'eau dont la totalité peut être évaluée à près de 2 kilogs.

Le fœtus est macéré et ne présente pas de lésions. Le placenta est petit, mou; les membranes normales. Mais le *cordon* offre une particularité intéressante. Sa longueur est de 40 cent.; à 15 cent. du placenta, il est entortillé sur lui-même, formant comme un faux nœud. A ce niveau, la veine ombilicale est épaissie et son calibre au moins 3 fois moindre que plus loin. Chose singulière, la veine est dilatée non pas dans l'extrémité placentaire, mais en aval de la sténose, du côté du fœtus. Une injection, poussée dans la veine par le bout placentaire, ressort par l'autre extrémité, mais on a conscience d'un obstacle à franchir.

Il est naturel, pensons-nous, de rapporter à la dimi-

nution du calibre de la veine, la mort de l'enfant, et la surabondance relative du liquide amniotique.

OBSERVATION VII. (PERSONNELLE).

Hydramnios légère. — Fœtus mort-né. — Oblitération de la veine ombilicale par torsion.

Holb..., Alphonsine, 35 ans, mariée, arrive à la Maison S^{te} - Anne, le 17 septembre 1881, soutenant le tronc de son enfant à moitié expulsé. C'est une présentation du siège. Elle dit avoir perdu subitement *beaucoup* d'eau. La tête se dégage et il s'écoule encore une certaine quantité de liquide.

L'enfant, paraissant avoir 5 mois et demi, est mort et un peu macéré. Le placenta est très petit, les membranes normales.

Le *cordon*, long de 45 cent., est très curieux à étudier. A partir du placenta, il présente un aspect moniliforme, une série d'ampoules séparées par des points rétrécis. Puis, au-delà, le cordon est tellement tordu sur une longueur de quelques centimètres, que l'épaisseur totale n'est plus que de 3 *millimètres*. Immédiatement au-dessus, une nouvelle ampoule contenant du liquide qu'il est impossible de faire refluer à travers le rétrécissement. Au-delà, le cordon reprend ses caractères presque normaux.

Cette pièce sera conservée au musée de notre Faculté.

Il y a tout lieu de croire que l'abondance des eaux et la mort de l'enfant ont été occasionnées par cette torsion si marquée du cordon ombilical.

OBSERVATION VIII (Thèse de BAR).

Phlébite des branches d'origine de la veine ombilicale.

Hydramnios. (Résumée).

La nommée Th. . . , sans syphilis, accouche le 11 août 1880, d'une fille macérée du poids de 1960 gr., de 42 c. de longueur. — Environ 2 litres de liquide amniotique. La femme avait cessé de sentir les mouvements de l'enfant depuis 3 semaines, en même temps que son ventre grossissait rapidement.

Autopsie du fœtus. — Les différents viscères ne présentent que des signes de macération.

Le *cordon* est volumineux et œdématié. Artères vides, un mince caillot dans la veine ombilicale. Au placenta, des 5 branches de division de la veine, 3 sont *imperméables*. Celles-ci, à travers l'amnios, ressemblent à de gros cordons jaunâtres et durs. Après les avoir coupés transversalement, on peut en faire sortir du pus. L'examen histologique a montré, dans ces canaux, une véritable phlébite.

Placenta. — Le département correspondant aux veines altérées est pâle. Au microscope, l'on a trouvé un œdème accentué des villosités choriales. Membranes œdématiées. Pas de vaisseaux sanguins adhérant à l'amnios.

L'œdème des membranes et par suite l'hydramnios peuvent s'expliquer par cet obstacle à la circulation en retour.

OBSERVATION IX. (Thèse de BAR).

Syphilis du foie. — Hydramnios (Résumée).

G.... Marie, 23 ans, primipare, enceinte de 8 mois et demi. Syphilis secondaire actuelle, prouvée par des plaques muqueuses sur les grandes lèvres et les amygdales. On trouve tous les signes de l'hydramnios chronique.

Expulsion spontanée le 14 octobre d'une fille vivante, du poids de 1250 gr. — 3.600 gr. de liquide amniotique, couleur jaune verdâtre, contenant de l'albumine et de l'urée.

Le cordon, long de 43 cent., ne présente qu'une artère et une veine ombilicale. Malgré la syphilis de la mère, le placenta est normal ainsi que les membranes.

L'enfant meurt 24 heures après sa naissance.

Autopsie. — Œdème des membres inférieurs. — Un peu de liquide citrin dans le péritoine. — L'artère ombilicale gauche fait défaut.

Le *Foie* adhère à la paroi antérieure de l'abdomen et en un point au diaphragme. Au niveau des adhérences, on trouve des masses blanches fibreuses de forme circulaire, qui ressemblent à des blocs fibreux, s'enfonçant dans le parenchyme hépatique, à une profondeur de 1 cent. à 1 cent. 1/2. — Sur le bord antérieur du lobe droit, masse fibreuse de même aspect, plus volumineuse.

Examen histologique. — Dans ces points fibreux, on ne peut plus reconnaître le tissu du foie; leurs parties centrales contiennent un grand nombre de noyaux.

Des bords de ces gommés, on peut voir partir de grandes travées fibreuses qui s'insinuent dans les espaces interlobulaires, et s'avancent jusqu'à une certaine profondeur dans l'intérieur du foie. Les lobules sont envahis, les cellules altérées, disso-

ciées et atrophiées. — En dehors de ces gommés, on trouve, dans toute l'épaisseur du foie, de petites masses grisâtres, formées par une hypertrophie du tissu fibreux, entre les lobules et dans leur intérieur. La lésion semble suivre le trajet des vaisseaux sanguins.

En un mot, outre les gommés, il y a une hépatite, syphilitique diffuse.

Bar donne encore deux observations tout à fait analogues et aussi concluantes. Nous nous bornons à celle que nous venons de rapporter et qui nous paraît devoir entraîner la conviction que, l'hydramnios a été dans ce cas sous la dépendance des lésions syphilitiques du foie, entravant la circulation par sa localisation autour des vaisseaux. Pour ce dernier point, nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit au sujet de la *Pathogénie*.

OBSERVATION X. (Thèse de BAR).

Lésions cardiaques. — Congestion du foie. — Hydramnios. (Résumée).

La nommée T..., accouche le 9 septembre 1880. Enfant cyanosé, n'a pas respiré. Environ deux litres de liquide.

Autopsie. — Poids 3^k.010. Longueur 0.52 cent. *Foie* paraissant congestionné. Œdème du ligament suspenseur. Veine ombilicale dilatée, épaissie.

Cœur. — Très hypertrophié : ecchymoses sous-péricardiques. Le cœur droit surtout est hypertrophié. Le ventricule droit présente 45 ^m/_m de hauteur, 36 ^m/_m de largeur et 7 millimètres d'épaisseur au niveau de l'infundibulum.

L'oreillette et le ventricule sont considérablement dilatés. Le trou de Botal n'est pas oblitéré. La valvule tricuspide n'est pas suffisante. L'orifice de l'artère pulmonaire laisse facilement passer le petit doigt; l'artère est elle-même très dilatée. — A 1 cent. au-dessus de cet orifice, l'artère pulmonaire, dont les parois sont épaissies, se rétrécit tout à coup, et laisserait à peine passer une plume de corbeau.

Le cœur gauche est normal. Ecchymoses sous-pleurales.

La cause de l'hydramnios réside évidemment dans ces lésions. Il eut été cependant intéressant de savoir si l'hydropisie avait débuté avec la grossesse. L'observation est muette sur ce point.

OBSERVATION XI. (DUBOIS).

Influence favorable de la saignée dans l'hydramnios.

Une femme épileptique de naissance devint enceinte. Les accès d'épilepsie furent presque suspendus et la grossesse n'offrit rien de particulier, si ce n'est que l'abdomen était plus volumineux qu'il n'aurait dû l'être; — à 4 mois 1/2 survinrent, sans cause apparente, des contractions utérines qui furent suivies de l'expulsion d'une grande quantité d'eau et d'un fœtus mort, et tellement infiltré, que la forme des parties était absolument méconnaissable. — La femme se rétablit. A une 2^e grossesse, elle présenta des signes de pléthore très accentués, on fit à la femme plusieurs saignées. Elle avorta dans les mêmes circonstances, mais du 6^e au 7^e mois seulement.

3^e Grossesse. — Saignée copieuse. Grossesse sans hydramnios. Enfant à terme, bien portant.

4^e Grossesse. — Saignée. Pas d'hydramnios.

5^e *Grossesse*. — Saignée tardive à 6 mois, signes d'hydramnios à marche rapide. Avortement; 4 ou 5 pintes de liquide.

6^e *Grossesse*. — Saignées répétées dès le début: accouchement à terme, pas d'hydramnios.

OBSERVATION XII. (CHARPENTIER).

Hydramnios aigüe à 5 mois. — État général grave. — Avortement.

Le 20 mars 1879, M. le Dr Bergeron me fit l'honneur de me confier une de ses clientes, Mme G..., rue Saint-Martin, enceinte pour la deuxième fois. Mme G..., Hongroise d'origine, est une femme mignonne, pâle, délicate, bien conformée et qui n'a jamais eu que des indispositions, sauf depuis deux ans où elle a été à plusieurs reprises, atteinte de troubles gastriques et de douleurs névralgiques. Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement, elle a aujourd'hui 27 ans. Première grossesse il y a 5 ans 1/2. Elle s'est bien remise et n'a jamais eu depuis de troubles utérins.

Dernière époque le 10 octobre 1878. Elle est donc enceinte, au moment où je la vois pour la première fois, de 5 mois environ. Les débuts de la grossesse ont été assez pénibles. Nausées, vomissements fréquents, troubles gastriques assez prononcés s'accompagnant d'un état de faiblesse notable. Pâleur très prononcée, bruit de souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux du cou. Migraines fréquentes et douleurs névralgiques faciales. Au moment où je vois Mme G..., le ventre est un peu plus volumineux que ne le comporte l'âge présumé de la grossesse. Il semble y avoir une notable quantité de liquide amniotique. Le fœtus est petit, très mobile. Les mou-

vements actifs sont très prononcés et M^{me} G... se plaint qu'ils sont douloureux. Pendant quinze jours, rien de particulier.

Dans les premiers jours d'avril, M^{me} G... me fait appeler. Il y a une constipation opiniâtre. Les vomissements, qui avaient cessé depuis près de deux mois, reparaissent plus fréquents, plus douloureux, et la malade se plaint de douleurs vives dans la région intercostale droite. En même temps, elle se sent prise d'un état de faiblesse et de malaise qu'elle ne peut définir. Battements du cœur du fœtus très nets. Souffle utérin, fièvre, insomnie. Le sulfate de quinine, les purgatifs légers (huile de ricin, eau d'Hunyadi) employés d'une façon régulière, amènent un léger soulagement à la constipation, mais M^{me} G... est prise à plusieurs reprises de syncopes plus ou moins complètes.

Le 6 avril. — Douleurs excessivement vives dans le ventre accompagnées *d'un développement rapide et insolite du ventre*. Fluctuation très nette. Les douleurs ont toujours leur summum au niveau de la région intercostale droite, mais elles envahissent la région intercostale gauche et la partie supérieure du ventre. Le bas ventre reste moins douloureux, mais le moindre attouchement dans la partie supérieure est extrêmement pénible. Fièvre. Pouls à 120. Température, 39. Agitation. Vomissements. Insomnie. Décubitus latéral impossible, la malade est obligée de garder le lit, le buste relevé par des oreillers. Langue humide, légèrement saburrale. Le ventre en 24 heures *a presque doublé de volume*, représentant une grossesse de 8 mois. Les battements du cœur fœtal, difficiles à percevoir à cause de la sensibilité du ventre, existent pourtant. La malade sent moins remuer son enfant. (Sulfate de quinine. Injections sous-cutanées de morphine matin et soir). En deux ou trois jours tous les phénomènes vont s'aggravant notablement. La fièvre devient plus vive. Les vomissements deviennent incessants. Diarrhée. Urines rares, pas d'albumine. Oppressions, insomnie. La malade est dans une agitation constante, ne sachant qu'elle position prendre dans son lit, qu'elle est obligée de garder.

Quand elle se lève elle a une syncope. Le ventre augmente notablement et en même temps les douleurs s'aggravent et s'irradient dans toute la région hypogastrique.

Le 7. Absence de mouvements fœtaux, pas de battements du cœur. Pas de modifications du col. Ballotement très net. Présentation de l'extrémité céphalique.

Le 10. Le ventre a encore augmenté, il a 98 cent. de circonférence. Aggravation de l'état général. Même traitement.

Les 11, 12, 13. Rien de particulier. Le ventre ne semble pas augmenter, mais l'état général est de plus en plus mauvais.

Le 14. Outre les douleurs, apparaissent des contractions utérines reconnaissables à leur caractère intermittent. Le col s'efface et tout semble faire prévoir un accouchement prochain. Même état général.

Le 15. Dans la nuit le travail se déclare et Mme G... accouche d'un enfant mort et macéré représentant un enfant de 5 mois 1/2 environ. La mort de l'enfant semble remonter à peu près à une huitaine de jours. L'épiderme s'enlève facilement, mais le ventre n'est pas affaissé. La tête conserve sa forme et n'est pas encore sérieusement ramollie. Des bulles remplies de liquide séro-sanguinolent se voient sur le corps de l'enfant par places. Les unes sont déchirées, les autres intactes. Il s'écoule environ 6 à 7 litres de liquide amniotique, rouge brunâtre, mélangé de sang.

Le placenta et les membranes examinés avec soin n'ont présenté en apparence aucune lésion (l'examen microscopique n'a pas été fait). Une légère hémorrhagie suit la délivrance.

Les suites de couches ont été normales, la malade s'est rétablie lentement mais progressivement, tous les accidents n'ayant réellement disparu qu'au bout de quinze jours. Les vomissements ont cessé dès le lendemain de la couche, mais la fièvre et les douleurs ont persisté encore pendant 8 jours.

CONCLUSIONS.

I. — L'hydramnios est plus fréquente que ne le disent les auteurs, si l'on admet qu'elle est constituée quand la quantité de liquide dépasse 1 kilog. ou 1 kilog. 1/2.

II. — La symptomatologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement justifient la distinction de deux formes d'hydramnios, l'une chronique, l'autre aiguë.

III. — Il n'existe pas de théorie pathogénique qui puisse expliquer tous les cas. Les causes, très complexes et très obscures, peuvent provenir tantôt de la mère, tantôt du fœtus, ou de l'un et de l'autre organisme à la fois.

IV. — Cependant la théorie qui rattache l'hydropisie à des obstacles *quelconques* dans la circulation fœtale en retour, nous semble pouvoir s'accommoder à un grand nombre de cas.

V. — Etant donné les relations de la syphilis avec l'hydramnios, on devra toujours la rechercher et essayer de prévenir ou d'arrêter ses effets, s'il y a lieu, par un traitement convenable.
