

Bibliothèque numérique

medic@

Stapfer. - De l'hydrorrhée pendant la grossesse

1880.

Paris : A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1880x05x04>

14
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DE
L'HYDRORRHÉE
PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de chirurgie et d'accouchements)

Et soutenue à la Faculté de médecine de Paris

PAR

Le D^r STAPFER,

Professeur libre à l'École pratique.

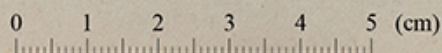


PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1880



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DE

L'HYDRORRHÉE

PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de chirurgie et d'accouchements)

Et soutenue à la Faculté de médecine de Paris

PAR

Le D^r STAPFER,

Professeur libre à l'École pratique.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1880

PRÉFACE.

MEMBRES DU JURY :

Président..... M. RICHET.

Juges..... MM. AZAM.

COURTY.

DEPAUL.

LE FORT.

ROCHARD (Ac. de méd).

TRÉLAT.

VERNEUIL.

Secrétaire..... TERRIER.

Secrétaire adjoint..... M. TERRIER.

HYDRORRHEE

MEMBRES DU JURY :

- Le jury est composé de sept membres, dont les noms sont inscrits ci-dessous :
- Président : M. ROBERT
 - Juges : MM. A. A. A. A. A. A. A.
 - Secrétaire : M. T. T. T. T. T. T. T.
 - Secrétaire adjoint : M. T. T. T. T. T. T. T.
 - Trésorier : M. T. T. T. T. T. T. T.
 - Trésorier adjoint : M. T. T. T. T. T. T. T.
 - Trésorier adjoint : M. T. T. T. T. T. T. T.

PRÉFACE.

La part qui est faite à notre sujet dans les divers traités d'obstétrique français et étrangers, n'est pas grande.

A peine quelques phrases pour les manuels.

Deux ou trois pages pour les traités complets.

La bibliographie la plus longue tient dans douze lignes.

Nous n'avons négligé aucun moyen de nous procurer les quelques monographies qui ont été publiées, et les divers travaux où l'on a parlé incidemment de l'hydrorrhée.

Nous avons recueilli le plus grand nombre d'observations possible.

Cela ne veut pas dire qu'il y en ait beaucoup.

Nous croyons que presque toutes celles qui ont été publiées ont passé sous nos yeux.

Le mot observations n'est pas juste, il faut dire notes cliniques pour la plupart d'entre elles.

En toutes choses, pour les faits comme pour les idées, nous sommes allés directement aux sources toutes les fois que nous avons pu le faire.

Nous ne nous sommes pas contentés des livres. Non seulement nous avons eu recours à l'obligeance de plusieurs professeurs, agrégés, et docteurs français;

Stapfer.

mais nous avons écrit à un grand nombre de célèbres représentants de la science obstétricale à l'étranger.

Nous ne les nommerons pas tous. Qu'il nous suffise de citer MM. Duncan, Braxton Hicks, Chiara, Was-
sège, Macari, etc.

Nous prions ceux qui ont bien voulu nous répondre, et mettre à notre disposition quelque renseignement bibliographique, ou la relation de deux ou trois faits, observés en quinze, vingt, trente années de pratique, d'agréer l'expression de notre reconnaissance bien sincère.

Les matériaux réunis, nous nous sommes mis à l'œuvre.

Nous avons à reconstituer l'historique à l'aide des livres, à examiner les hypothèses à la lumière des faits, à présenter un ensemble clinique à l'aide des observations.

C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire.

DE L'HYDRORRHEE

DIVISION DU SUJET.

PENDANT LA GROSSESSE

AVIS AU LECTEUR

Nous divisons cette étude en trois parties.

Dans la première, nous passerons en revue, par ordre chronologique, les opinions qui ont été émises sur l'hydrorrhée.

Ce sera la partie historique.

Dans la seconde, nous discuterons ces diverses opinions.

Ce sera la partie critique.

Dans la troisième, nous ferons un exposé synthétique des faits contenus dans les observations.

Ce sera la partie clinique.

Telle est la méthode que nous avons dû suivre pour arriver à une définition. Nous lui donnons la préférence comme à la plus simple, à la plus claire, à celle qui permettra le mieux au lecteur de suivre le développement de notre pensée.

Telles sont les questions, que nous nous sommes d'abord posées, en commençant l'examen du sujet que nous avons à traiter.

Un premier coup d'oeil jeté sur les auteurs, nous a appris, que les écoulements d'eau pendant la grossesse

mais nous avons écrit à un grand nombre de célèbres
représentants de la science obstétricale à l'étranger.

Nous ne les nommerons pas tous. Qu'il nous suffise
de citer MM. Duncan, Briggs, Hicks, Chlars, Was-
sage, Macari, etc.

DIVISION DU SUJET.

Nous prions ceux qui nous voudraient nous répondre,
et mettre à notre disposition quelques renseignements bi-
bliographiques.

AVIS AU LECTEUR.

Les faits contenus dans les observations.

Dans la première, nous passerons en revue, par ordre
chronologique, les opinions qui ont été émises sur l'y-

Les indications bibliographiques sont données, à la
fin de la thèse.

Dans la seconde, nous discuterons ces diverses opi-
nions.

Ce sera la partie critique.

Dans la troisième, nous ferons un exposé synthétique
des faits contenus dans les observations.

Ce sera la partie clinique.

Telle est la méthode que nous avons dû suivre pour
arriver à une définition. Nous lui donnons la préfé-

rence comme à la plus simple, à la plus claire, à celle
qui permettra le mieux au lecteur de suivre le dévelop-

pement de notre pensée.

DE L'HYDRORRHEE

PENDANT LA GROSSESSE

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

Hydrorrhée signifie écoulement d'eau. Telle est la définition étymologique, qui, assurément n'est pas une définition scientifique. Est-ce une maladie ? Est-ce un symptôme ? Cette dernière supposition est la plus vraisemblable. Alors, est-ce le symptôme d'un état morbide défini ?

Telles sont les questions, que nous nous sommes d'abord posées, en commençant l'examen du sujet que nous avons à traiter.

Un premier coup d'œil jeté sur les auteurs, nous a appris, que les écoulements d'eau pendant la grossesse

avaient été considérés comme causés par : une *hydropisie de matrice* (auteurs divers de tous les temps); une *hydropisie des membranes* (dito); une *rupture prématurée et spontanée des enveloppes de l'œuf* (dito), — et qu'ils avaient été décrits sous les noms suivants : *Fausse eaux*, (auteurs divers du xvi^e siècle et du xix^e jusqu'en 1822 en Allemagne, jusqu'à nos jours, en France et en Angleterre); *Hydrorrhœa uteri gravidarum* (auteurs divers du xix^e siècle, de tous pays, depuis 1822) : — *métrorrhée*; (Chassinat et Bouchacourt).

Ainsi, deux auteurs d'une même époque, ancienne ou contemporaine, et quelquefois un même auteur, ont décrit sous le nom d'hydrorrhée, de fausses eaux ou de métrorrhée (sic, voyez Bouchacourt) des écoulements dus à une rupture prématurée des membranes, constatée après la naissance, ou des pertes aqueuses que l'on suppose provenir d'une traussudation du liquide amniotique, de la rupture d'un œuf surnuméraire, de la déchirure d'un kyste, d'une exsudation de la paroi utérine, de la caduque pariétale, du chorion, de l'amnios, des vaisseaux, des glandes du corps et du col.

Une pareille confusion, nous empêche de donner une définition, avant d'avoir fait une étude complète. Les anciens disaient : *hydropisie de matrice*, et pour eux la matrice commençait à la vulve. Qu'y a-t-il aujourd'hui de nouveau ? Des faits ou des hypothèses ? Les idées ont-elles marché, ou bien a-t-on piétiné sur place ?

Pour arriver à une définition, il faut que nous passions en revue tous les travaux que nous avons trouvés depuis le xvi^e siècle jusqu'en 1880.

XVI^e SIÈCLE.

« Quanquam constet, aquam colligi in ipso utero, dubitari tamen possit in quâ uteri parte colligatur, et quomodo generetur. »

— Cette réflexion philosophique doit être considérée comme le résumé des opinions, que les auteurs ont pu se faire de certains écoulements d'eau, pendant la grossesse, depuis HIPPOCRATE jusqu'au xvi^e siècle.

XVII^e SIÈCLE

JACQUES GUILLEMEAU dans ses œuvres de chirurgie s'exprime ainsi :

Quelquefois aux femmes grosses, longtemps avant que d'accoucher, il découle des eaux fort claires, aux autres des eaux teintes de sang... La cause peut advenir, ou pour ce que les membranes qui contiennent icelles eaux sont rompues comme pour quelque chute, coup, pour sauter, ou pour ce qu'elles sont plus tendues et bandées qu'il n'est requis, pour la grande plénitude, *et lors les eaux sortent par anastomose...* Si elles sont rompues, il se connaît pour la grande quantité d'eau qui sortira tout à coup, avec crainte que l'accouchement ne s'ensuive. Si elles sont dilatées, lesdites eaux couleront petit à petit et doucement... Il se remarque quelquefois en la matrice quantité d'eaux, lesquelles sont contenues, ou en sa capacité *ou entre ses membranes, ou bien qui sont joignantes et attachées à icelles* : ce que l'on prend pour hydropisie de matrice comme nous a laissé par écrit Aëce quand il a dit : que souvent il coule et s'amasse quantité d'eaux en la capacité de la matrice, et qu'il s'engendre quelquefois, de petites vessies ou bouteilles autour et environ d'icelles, lesquelles se remplissent d'eau par succession de temps et se rendent et amassent en un, et font soulever le fond de la matrice.

Pareillement entre les membranes, il s'engendre et amasse des eaux.

Ainsi Guillemeau, avait remarqué que, longtemps avant d'accoucher, certaines femmes *perdaient des eaux*, que ces eaux étaient, tantôt *fort claires*, tantôt *teintes de sang*. Il admet deux sortes d'écoulements, l'un *d'origine traumatique*, causé par une *rupture prématurée des membranes*, l'autre *spontané*, causé par une excessive tension de la poche, et la *filtration consécutive du liquide amniotique* à travers les membranes.

L'*expulsion* de ces eaux peut se faire de deux façons : brusquement, ou goutte à goutte; cette différence dans l'écoulement, permet en clinique, de faire le diagnostic des deux formes. Si l'expulsion est brusque, il y a rupture prématurée des membranes. Dans ce cas, le pronostic est sérieux, la femme pouvant *accoucher avant terme*. Si l'expulsion se fait goutte à goutte, il y a transsudation; le pronostic n'est pas grave.

Enfin, Guillemeau nous indique le siège de ces collections liquides. Tantôt elles sont *entre les membranes*, tantôt elles sont joignantes à icelles, c'est-à-dire *entre elles et la paroi utérine*. Ces amas de liquide, peuvent être d'abord disséminés en plusieurs petites poches; mais le liquide augmentant toujours, ces petites poches grossissent, en décollant au fur à mesure les membranes, et finalement, se réunissent en un seul amas, en une seule collection. Il n'y a plus qu'une poche.

MAURICEAU. — L'hydrométrie survient quelquefois à la femme qui est véritablement grosse, ces eaux étant contenues hors

des membranes de l'enfant dans la capacité de la matrice, car quoiqu'il y en ait beaucoup dans ces membranes, ce n'est pas proprement une hydropisie de matrice, d'autant qu'il y en a toujours naturellement, au milieu desquelles l'enfant est contenu. J'ai vu plusieurs femmes qui en ont jeté plus de deux ou trois pintes, deux mois avant que d'accoucher. Quand cela arrive ainsi, elles sont, pour lors, dans la matrice hors des membranes de l'enfant; car autrement, il faudrait de toute nécessité, qu'il sortit peu de temps après ces vuidanges, si les eaux qui doivent être naturellement contenues dans les membranes venaient à s'écouler; ce qui ne peut arriver avant qu'elles soient percées. Il y a quatre ans que j'accouchay la femme d'un marchand, d'un enfant mort en son ventre depuis trois jours ou environ, laquelle avait vuidé tout d'un coup, un mois auparavant, plus de trois chopines d'eau de la matrice, qui procédait certainement d'une telle hydropisie. Ce qui me le confirma est que pour l'accouchement je fus obligé de rompre les membranes. Mais, j'ai vu un exemple encore bien plus extraordinaire touchant ces hydropisies de matrice avec enfant, en la femme de monsieur Boileau mon confrère, laquelle étant grosse de trois mois et demy seulement, vuida tout à coup par la matrice plus d'un demi-septier d'eau, avec des douleurs de ventre durant quatre jours, qui la mirent en grand danger d'avortement, nonobstant quoy je l'ay accouchée au terme de neuf mois de ce même enfant vivant, qui était un garçon très fort et robuste, dont les membranes des eaux étaient aussi très saines et entières.

On voit par ce qui précède que Mauriceau, à l'époque où il écrivait ces lignes, pensait que dans l'hydropisie de matrice, *les eaux sont entre la paroi utérine et les membranes*, car celles-ci examinées après l'accouchement étaient trouvées saines et entières.

Le 2 mars 1870, j'ai vu une femme accouchée à terme depuis douze jours, d'un enfant vivant, laquelle avait vuidé tout d'un coup plus d'une pinte d'eau six semaines avant que d'accoucher; nonobstant quoy elle en avait encore vuidé beaucoup le jour qui précéda son accouchement; ces dernières eaux ayant percé comme à l'ordinaire,

Stapfer

2

cela peut donner lieu de croire, que ces premières eaux écoulées subitement, en une si grande abondance, venaient vraisemblablement de quelque espèce d'*hydropisie de matrice contenue hors des membranes de l'enfant*; car si elles eussent été les véritables eaux de l'enfant, l'accouchement serait arrivé peu de temps ensuite de leur écoulement.

Le 12 juin 1674, j'ay vû une femme qui depuis le second mois de sa grossesse jusqu'au cinquième mois, avait vuïdé très souvent quantité d'eaux de la matrice, où il s'en rengendrait encore de nouvelles ... accouchement à terme d'un garçon qui se portait fort bien, et que j'ai vû depuis à l'âge de douze ans... *Ces eaux ne venaient que d'une hydropisie de matrice contenue hors des membranes de l'enfant.*

Dans sa 361^e observation, Mauriceau raconte l'histoire d'une femme, qui eut durant sa grossesse des écoulements d'eau, observation analogue à celles que nous venons de citer.

Nous ne pouvons les reproduire toutes, cela serait fastidieux.

Ce qui est intéressant dans cette 361^e observation, c'est que Mauriceau n'emploie plus sa formule favorite : *ces eaux venaient d'une hydropisie de matrice contenue hors des membranes de l'enfant*. Il exprime un doute à ce sujet et il ajoute :

On voit quelquefois des femmes, qui longtemps avant que d'accoucher, vident les eaux de leur enfant, qui s'écoulent seulement en partie, par une légère rupture de leurs membranes, qui se fait en quelque endroit, qui, ne répondant pas à l'orifice interne de la matrice, empêche qu'elles ne s'écoulent entièrement; de sorte qu'une bonne partie des eaux de l'enfant restant encore dans la matrice, l'accouchement ne succède quelquefois que longtemps après ce premier écoulement, qui se renouvelle par intervalle.

Le doute exprimé par Mauriceau s'accroît plus tard. Dans sa 611^e observation il dit :

J'ay de la peine à être persuadé qu'il se fasse jamais dans la matrice, dans le temps de la grossesse, aucune hydropisie particulière hors des membranes de l'enfant.... Les eaux qui s'écoulent pendant la grossesse, viennent d'une rupture qui se fait aux membranes, en un endroit plus supérieur et plus faible que celui qui correspond à l'orifice interne de la matrice, comme il était arrivé cette femme dont je viens de parler.

A partir de ce moment, le doute de Mauriceau se change en certitude. Il affirme que les écoulements d'eau, pendant la grossesse, sont toujours dus à une rupture prématurée des membranes. Notons qu'il n'a constaté cette rupture que sur les membranes provenant de la femme qui fait le sujet de la 611^e observation.

FABRICE DE HILDEN pensait que l'hydropisie de matrice était due à la présence d'une hydatide, et les écoulements qui survenaient à la rupture de ces hydatides.

En prenant connaissance des faits relatés par cet auteur, on voit clairement qu'il donnait le nom d'hydatides à des môles vésiculaires, qui, dans deux cas, furent expulsées dans le cours d'une grossesse qui alla à terme. On voit qu'il s'agissait d'œufs géminaires dont l'un était dégénéré.

RUYSCH, du même avis que Fabrice, croyait aux hydatides et à leur rupture.

ORTLOB donnait de ces écoulements, l'une des explications proposées par Guillemeau, à savoir, une transsudation du liquide amniotique à travers les membranes.

XVIII^e SIÈCLE

DE LA MOTTE. — Les auteurs parlent de plusieurs espèces d'hydropisies qui se forment dans le corps de la matrice et dans quelques-unes de ses parties... Quand l'amas se fait entre les membranes du placenta et les parois de l'utérus, ces eaux découlent d'elles mêmes, aussitôt que le viscère commence à se dilater, et l'accouchement ne suit pas toujours, parce que les *membranes restant dans leur entier* peuvent conserver entr'elles et l'enfant assez d'eau pour faciliter les mouvements et le faire rester jusqu'à terme.

Une dame, qui avait été continuellement affligée d'un flux excessif de fleurs blanches depuis quatre années, et qui était grosse depuis trois mois et demi, m'envoya prier de l'aller voir. Je la trouvai très alarmée à cause d'une quantité d'eaux qui venaient de s'écouler... elle ne ressentait aucune douleur dans le ventre ni dans les reins. Je lui conseillai le repos sans autre précaution... Elle se porta très bien... quoique l'écoulement de fleurs blanches continuât toujours. Enfant vivace. Un mois après, qui était le sixième de sa grossesse, cette dame eut une seconde évacuation comme la première... ce qui arriva deux autres fois à un mois d'intervalle, et ne revint plus qu'au cinq de janvier qui, fut le temps que les douleurs de l'accouchement se firent sentir... Les véritables eaux qui contenaient l'enfant s'écoulèrent dès ce premier jour... Accouchement le huit janvier.

Réflexions. — C'était une nécessité que les eaux qui s'écoulèrent en si grande quantité pendant les cinq derniers mois de la grossesse de cette femme fussent contenues *dans des membranes particulières*... Si elles avaient été contenues entre la matrice et les membranes, elles se seraient écoulées à mesure qu'elles se seraient séparées des vaisseaux de la matrice.

La femme d'un éperonnier de cette ville, que j'avais accouchée plusieurs fois, et qui était grosse de sept mois environ, mais beaucoup plus qu'elle n'avait coutume de l'être, même à son terme, se sentit, étant à l'église, toute baignée d'une quantité d'eaux sans que cet écoulement eut été précédé d'aucune douleur... elle revint chez elle... je la touchai, je trouvai l'orifice intérieur de la matrice assez dilaté pour y introduire mon doigt sans peine, et des eaux qui

coulaient sans cesse, mais en petite quantité, et l'enfant dans ses membranes et ses eaux... Je l'accouchai au temps de son travail d'une fille qui se portait fort bien.

Réflexions. — C'était une véritable hydropisie de matrice qui était contenue entre la matrice et les membranes.

Ainsi le liquide est quelquefois contenu *dans des membranes particulières*. Ailleurs, De La Motte donne le résumé d'une observation de Puzos, et se range à l'opinion de ce dernier auteur que nous allons citer :

PUZOS. — J'ai vu une dame de condition, grosse de sept mois qui, tout à coup, rendit une chopine d'eau à la suite d'une petite douleur, pour laquelle je fus mandé : l'ayant examinée, je ne trouvai aucune apparence de travail... quinze jours se passèrent sans aucun retour du premier accident. Le seizième, douleur assez forte, suivie d'un écoulement d'eau pareil au précédent. La matrice était exactement fermée... Dans le mois qui suivit, il y eut encore deux écoulements pareils. A la suite du dernier le travail commença. Je sentis la tension des membranes à l'ordinaire.

L'enfant était vivant, et d'une grosseur raisonnable.

Puzos admet que dans cette circonstance, il se faisait une reproduction d'eau après chaque écoulement entre la paroi utérine et les membranes. Lorsque les eaux étaient amassées en assez grande quantité, elles forçaient l'orifice à s'ouvrir. Celui-ci se refermait, aussitôt après l'écoulement.

Puzos déclare de plus que des fausses eaux s'amasent souvent entre le chorion et l'amnios. Voilà une nouvelle hypothèse, celle d'un *sac amnio-chorial* : sui-

vant Puzos, c'est l'existence de ce *sac* pendant la grossesse, qui explique la formation de la *poche* de même nom, qui se rompt au moment du travail.

LEVRET dit peu de chose de ce que Puzos avait appelé, *les fausses eaux*. Les recherches sur ce sujet paraissent l'avoir médiocrement tenté; mais, s'il est bref, il ajoute quelques idées à ce qui a été dit. Le premier, il décrit le liquide; ensuite, il se pose deux questions. D'abord, d'où vient ce liquide? Est-ce que la source des *vraies* et des *fausses* eaux serait par hasard la même? Est-ce que l'origine des unes ne serait pas explicable par l'origine des autres? Est-ce que ces fausses eaux « *en tout temps exemptes de couleur, d'odeur et de consistance, ne teignant point les linges blancs et propres lorsqu'elles s'écoulent seules, ne seraient pas le liquide amniotique primitif, l'eau vive, qui en pénétrant dans la cavité de l'œuf va se troubler au contact des produits excrémentitiels du fœtus? C'est mon sentiment, dit-il, que la partie purement aqueuse ou séreuse des eaux de l'amnios, vient des porosités qu'on remarque aux parois de la cavité de la matrice, et que la partie qui le colore, et l'épaissit dépend des excréctions cutanées de l'enfant. Il est aussi persuadé qu'une partie de ces eaux est fournie par les membranes.*

Enfin, il déclare que ces fausses eaux ne sont jamais préjudiciables à la mère ni à l'enfant.

ROEDERER n'admet pas que les fausses eaux puis-

sent avoir pour origine une transsudation ni une déchirure. Il croit qu'elles sont causées par la rupture d'une hydatide du col de la matrice, d'un sac chorio amniotique, ou d'un œuf surnuméraire qui se vide, ou d'un vaisseau lymphatique. C'est une idée ajoutée à toutes celles qui ont été déjà émises.

Certains auteurs ont trouvé Rœderer bien hypothétique. Nous nous demandons, en songeant à l'importance que la science contemporaine accorde au système lymphatique utérin, si nous serons nous-même, cent quinze ans après Rœderer, moins hypothétiques que lui.

VAN SWIETEN GREGORINI, DELEURYE, à l'imitation de Puzos, croient à la rupture d'un sac amnio-chorial.

BCEHMER, SIGWART sont d'avis, que les fausses eaux proviennent d'un œuf surnuméraire, dont le fœtus se serait dissous, et qui se romprait sous la pression des parois utérines et de l'œuf en voie de développement.

BAUDELOCQUE, à l'exemple de Guilleméau et d'Ortlob, opine pour la transsudation.

DENMAN clot la série des travaux du XVIII^e siècle en exprimant un doute sur l'existence même des fausses eaux.

XIX^e SIÈCLE

Les idées des accoucheurs du XIX^e siècle, sur les fausses eaux, commencent avec CAMPER, par un retour à l'opinion qu'eut Mauriceau dans les dernières années de sa vie, c'est-à-dire à la supposition d'une rupture des membranes en un point éloigné de l'orifice utérin.

HILDEBRAND, FRORIEP, OSIANDER, MECKEL, comme Puzos, croient à la déchirure d'un sac amnio-chorial.

Nous allons maintenant donner un extrait de différents auteurs, résumant les opinions qui ont eu cours en France jusqu'en 1830 environ.

BAUDELOCQUE — *Des vraies et des fausses eaux.* — La plupart des accoucheurs distinguent deux espèces d'eaux : les unes sont contenues dans l'amnios, et les autres selon eux s'amasent entre cette membrane et le chorion, ou bien entre celle-ci et la matrice. Ils appellent ces dernières, fausses eaux, et ce sont elles, disent-ils, que bien des femmes rendent quelque temps avant l'accouchement.

Nous pensons que, le plus souvent au moins, elles viennent de la cavité de l'amnios même, et qu'elles s'écoulent par *transsudation* à travers les pores de cette membrane et du chorion.

CAPURON. — Les accoucheurs pensent qu'il peut s'accumuler entre les membranes une certaine quantité de sérosités, qui portent le nom de fausses eaux, et qui s'écoulent quelquefois avant l'accouchement. Mais il est certain que les membranes n'ont présenté aucun écartement chez les femmes sujettes à ces sortes d'écoulements prématurés. D'ailleurs ne serait-il pas possible, comme des auteurs l'observent, qu'on eut pris pour des fausses eaux l'urine

que la femme rend involontairement vers la fin de la grossesse, ou même l'eau qui sort de la cavité des membranes lorsqu'elles ont été rompues au-dessus de l'orifice utérin, ou enfin le liquide contenu dans les enveloppes d'un autre fœtus mort et dissous peu de temps après la conception.

GARDIEN croit à la rupture d'un œuf surnuméraire.

LACHAPELLE. — Chez cette femme (il s'agit d'une femme en travail), les membranes étaient rompues au-dessus de l'orifice utérin ; l'écoulement de l'eau est fort lent dans ces cas, et souvent il n'est que partiel, la poche reste entière à l'orifice. Nous observons souvent à l'hospice un semblable écoulement dû à cette cause. Je ne doute pas que les fausses eaux des auteurs ne soient dans le plus grand nombre des cas des écoulements tout semblables à celui de cette observation.

Madame Lachapelle cite encore un autre fait en tout semblable au précédent. *Rupture des membranes* dans un point autre que la partie qui correspond à l'orifice. Écoulement lent et graduel des eaux.

C'est ce que beaucoup d'auteurs ont appelé fausses eaux, et qu'ils ont cru provenir de la rupture de quelque sac particulier, parce qu'il en restait encore dans les membranes, quand ils venaient à les rompre vis-à-vis de l'orifice.

BOIVIN et DUGÈS. — De l'hydrométrie. — ... Nous devons dire un mot de certaines collections de liquide séreux, qui ne s'opèrent que durant la grossesse, qui peuvent avoir un siège différent dans différents cas, et causer des accidents parfois assez graves. On a depuis longtemps remarqué que des femmes assez avancées dans leur grossesse, à mi-terme surtout, pouvaient rendre une quantité d'eau considérable par les organes génitaux, sans que l'avortement survint à la suite. Souvent, il est vrai, à l'approche du terme naturel, on a cru à l'écoulement de ces fausses eaux, tandis que, en réalité, il n'y avait que perte prématurée et

Stapfer.

3

lente des eaux de l'amnios par une éraillure accidentelle et peu considérable.

Boivin et Dugès pensent que le liquide peut venir de la rupture de l'allantoïde.

Nous penchons, disent-ils, pour cette opinion, d'autant plus fortement, que l'on trouve toujours dans la cavité allantoïque un liquide gélatineux dont l'accroissement peut devenir aisément morbide. En conséquence nous pensons qu'on pourrait désigner par le terme d'*Hydrallante* cette disposition anormale, que le nom de fausses eaux ne caractérise point suffisamment à notre avis.

En résumé, Baudelocque est de l'avis de Guillemeau, d'Ortlob et de Baudelocque l'ancien. Il croit à une transsudation du liquide amniotique à travers les membranes.

Capuron émet l'opinion qui fut celle de Mauriceau à la fin de sa vie, et de Camper : les prétendues fausses eaux viennent d'une rupture des membranes au-dessus de l'orifice utérin.

Mme Lachapelle partage cette façon de penser. Capuron croit de plus à l'exemple de Röederer, Boehmer, Sigwart, que le liquide peut venir de la déchirure d'un œuf surnuméraire; enfin il doute fortement, il se demande si les fausses eaux ne seraient pas quelquefois un écoulement involontaire d'urine.

Voilà une hypothèse qui n'avait pas été faite jusqu'alors. C'est la nouveauté du siècle, avec celle de l'hydrallante de Boivin et Dugès qui n'est, à tout prendre, qu'une variante subtile de l'hypothèse du sac amnh rial.

En somme, dans notre pays, vers 1830, quiconque aurait voulu résumer l'état de cette question des

fausses eaux aurait pu le faire, en répétant avec Mercurialis

Quamquam constet, aquam colligi in ipso utero, dubitari tamen possit, in qua uteri parte colligatur, vel quomodo generetur.

Pour savoir quels progrès la science a faits depuis lors à ce sujet, il faut remonter de quelques années en arrière et passer en Allemagne où est la source des travaux contemporains.

Jusqu'à présent, il n'a pas été question d'hydrorrhée. NÆGELE créa le mot.

Les idées du savant professeur nous ont été transmises par le Dr GEIL dans une thèse soutenue à Heidelberg en 1822, thèse qui a fait le fond des deux travaux publiés en France, depuis 1830 jusqu'en 1880.

Pour Nægele, l'hydrorrhée est un écoulement d'eau provenant de l'utérus, pendant la grossesse. En général celle-ci n'en souffre pas. La femme n'accouche pas prématurément, et le fœtus est mis au monde, bien portant. Du liquide s'accumule entre l'utérus et les membranes, qui se décolle peu à peu. Le décollement se fait en dernier lieu au niveau de l'orifice utérin. A ce moment le liquide se précipite au dehors. Quelquefois il s'écoule goutte à goutte.

On lit dans la plupart des traités d'obstétrique que Geil et Nægele expliquent le décollement, par une subinflammation des enveloppes de l'œuf. Nous n'avons pas trouvé cette idée nettement exprimée dans la thèse de Geil. Il rapporte simplement, à la fin de son travail, une observation d'amnionite qui fut discutée devant la Société de médecine de Paris et

traitée de chimérique par le Dr Demangeon. Geil déclare qu'il y croit, d'abord parce qu'on a trouvé une fausse membrane sur l'amnios, ensuite parce que Tiedmann a pu injecter des vaisseaux sur l'amnios du cheval. *Jugeant par analogie*, ajoute Geil, *on ne peut douter que ces vaisseaux n'existent dans l'enveloppe de l'œuf humain. Du reste l'amnios a l'apparence et les propriétés des séreuses*; mais il ne parle pas d'hydrorrhée à ce propos. Notons que Geil est le précurseur de Jungbluth.

La préoccupation dominante de l'élève de Nægele a été de combattre l'hypothèse du sac amnio-chorial. L'adhérence du chorion à l'amnios, est soigneusement notée dans trois observations.

Le liquide s'amasse entre la face concave de l'utérus et la face convexe du chorion; (*inter uteri concavam et chorii convexam superficiem*). C'est une hydrométrie.

Nous ne saurions décider, ajoute Geil, si ces épanchements viennent seulement des vaisseaux utérins, ou simultanément des vaisseaux ombilicaux, qui rampent à la surface du chorion. Une opinion tranchée sur ce point est suspecte. Les physiologistes peuvent seuls élucider la question, et ils disputent encore pour savoir si le liquide amniotique vient des vaisseaux utérins ou des vaisseaux du fœtus. Cependant il est pour nous, hors de doute que le plus souvent ces amas d'eau sont exhalés par les vaisseaux utérins, parce que quelquefois l'écoulement persiste après l'accouchement ou existait avant l'imprégnation.

Les principales idées de Nægele sont celles de Guillemeau et de Mauriceau dans les premiers temps de sa vie.

La théorie de Geil fut dès lors admise, en Allemagne d'abord, puis en France et dans les autres pays; mais à

cause du sens vague du mot hydrorrhée, et parce que le médiocre intérêt clinique de ces écoulements fit tomber dans l'oubli les travaux de Nægele, on ne tarda pas à décrire sous ce nom, les pertes d'eau causées : 1° par la rupture prématurée des membranes au-dessus de l'orifice ; 2° par la déchirure d'un œuf surnuméraire ; 3° par la rupture d'un sac amnio-chorial ; 4° par la rupture d'une hydatide, d'un kyste, etc., etc. On voit que faute d'un terme précis, la confusion recommença de plus belle.

VELPEAU s'exprime ainsi dans son *Traité* :

Bien que révoquée en doute par Mme Lachapelle, l'existence des fausses eaux n'est plus contestée que par un petit nombre de personnes aujourd'hui. — On n'a point encore pu en déterminer la cause précise. Dépendent-elles : 1° d'un vaisseau lymphatique ou d'une hydatide rompue comme le présument Røderer et Denman ; 2° d'une transsudation de l'amnios comme le veulent Baudelocque et Ortlob ; 3° d'une fissure, d'une éraillure des membranes comme beaucoup de médecins l'ont cru ; 4° d'une accumulation de liquide entre le chorion et l'amnios, comme l'admettent Osiander, Mme Boivin ; 5° d'une hydropisie de la membrane caduque, comme quelques auteurs paraissent l'avoir pensé ; ou bien ne sont-elles que le résultat d'un véritable hydromètre comme cherche à l'établir Geil d'après Nægele ? Quoiqu'en dise Geil, on conçoit que les fausses eaux puissent se rattacher, tantôt à l'une, tantôt à l'autre d'entre elles ; mais je suis porté à soutenir, d'après ce que j'ai pu voir moi-même, qu'elles appartiennent surtout à l'hydromètre et à l'hydropisie du chorion, quand on ne peut pas l'expliquer par l'éraillure des membranes.

BURNS, dans son *Traité des accouchements*, explique

l'hydrorrhée par une *augmentation de* de *sécrétion des follicules du col*, quand elle n'est pas due à la rupture d'une hydatide.

CHAILLY-HONORÉ dans le Bulletin de thérapeutique de 1842, déclare, que ni l'hypothèse du sac amnio-chorial, ni celle du vaisseau lymphatique rompu, ni celle d'un œuf surnuméraire, ni celle de la rupture des membranes au-dessus de l'orifice, ne résistent à un sérieux examen. Il prend parti pour l'hydromètre. C'est l'opinion de M. Nægele, dit-il, et il s'y range.

Deux des notes cliniques rapportées par le Dr Chailly sont intéressantes. Il s'agit de deux femmes qui ont continué à perdre, après l'accouchement, des eaux, semblables à celles qu'elles perdaient pendant la grossesse. Nous reviendrons sur ces faits.

P. DUBOIS, suivant Chassinat, aurait professé les opinions de Nægele. Suivant d'autres auteurs, il aurait cru, au contraire, que l'hydrorrhée était causée par une éraillure de l'œuf.

JACQUEMIER consacre plusieurs pages à la question. Il se demande si les écoulements qui paraissent à une époque peu avancée de la grossesse n'ont pas pour source la cavité amnio-choriale, ou l'espace qui sépare les caduques ; mais il doute fortement. Il admet la possibilité de la rupture d'un ou plusieurs kystes folliculaires.

SCANZONI, en 1850, prend parti pour Nægele, mais seulement pour les écoulements qui surviennent à la fin de la grossesse. Les écoulements des premiers mois ne seraient pas de la véritable hydorrhée, mais le produit d'une hypersécrétion de la muqueuse vaginale.

M. RETZIUS admet d'abord la théorie de Nægele. Pour lui comme pour Scanzoni, il y a une véritable hydorrhée, et il n'y en a qu'une, celle qui a été décrite par le professeur de Heidelberg. L'effusion du liquide amniotique, en totalité ou en partie, l'hypersécrétion des follicules de la muqueuse vaginale, dans la vaginite granuleuse, et celle des glandes de Duverney qui s'y ajoute, la rupture d'un œuf surnuméraire, la déchirure d'un kyste, peuvent simuler l'hydorrhée. M. Retzius cite comme exemple d'hydorrhée vraie le fait suivant :

Une femme âgée de 36 ans, de petite taille, ayant mis au monde trois enfants vivants, et ayant fait un avortement, réglée à l'âge de 13 ans pour la première fois, souffrant quelquefois de coliques menstruelles, avait eu ses dernières règles au mois de mars 1848. Vomissements pendant l'été et céphalalgie. En septembre, fièvre rhumatismale à laquelle succéda une violente toux convulsive dont les accès venaient surtout la nuit. Pendant un de ces accès elle sentit un liquide chaud qui coulait entre ses cuisses. C'était une eau jaunâtre. L'écoulement se faisait sans douleur. Il avait disparu lorsqu'arriva la sage-femme. Celle-ci constata que le col de l'utérus n'était pas effacé. Deux jours après, vers minuit, nouvel écoulement accompagné de douleurs de reins. L'eau qui s'échappa était jaune clair, sans filaments sanguins, sans caillots. Elle avait une odeur forte, pénétrante. Sa quantité peut être évaluée à un demi *hop* (un quart de canette suédoise). Les mouvements du fœtus, qui jusqu'alors avaient été vifs, cessèrent pendant plusieurs jours; puis revinrent mais ils étaient plus faibles. L'écoulement se répéta plusieurs fois dans la suite; mais la quantité fut moindre. En décembre,

Retzius vit la malade. La toux avait cessé depuis le premier écoulement. Le ventre était également distendu l'utérus incliné à gauche. Son fond était au-dessus de l'ombilic, à la distance de trois ou quatre doigts. On sentait les diverses parties du fœtus. Elles n'étaient pas plus rapprochées des parois abdominales qu'elles ne sont d'ordinaire. (*L'auteur a sans doute voulu dire que le liquide amniotique existait, que les parois utérines n'étaient pas exactement appliquées sur le fœtus*). L'enfant était vivant. Battements cardiaques fœtaux : 128 à 130. Orifice de l'utérus dirigé vers la concavité du sacrum, et tellement élevé que Retzius ne put l'atteindre que de la pointe du doigt. Il était mou, largement ouvert. OEdème des pieds. Appétit normal, ainsi que les garde-robes et les urines. Nuits agitées. Rêves fréquents. De temps en temps éruption d'urticaire. Traitement : repos au lit, quinine, poudre de Dower deux fois par semaine. L'écoulement d'eau continua faiblement, cessa au commencement de janvier. Le 24 de ce mois, accouchement d'un garçon petit, mais bien portant. La poche des eaux se forma. Les membranes examinées par Retzius étaient intactes.

Retzius admet que l'eau a pu s'accumuler entre la caduque pariétale (decidua vera) et la caduque ovulaire (decidua reflexa). Il suppose de plus que l'eau est un produit de la sécrétion des glandes de la caduque.

Retzius cite ensuite le fait suivant, comme exemple de fausse hydroporrhée.

Une femme, atteinte de rougeole au milieu d'une grossesse, éprouve, en essayant d'uriner, des douleurs semblables à celles de l'accouchement, et une vessie tombe dans le vase de nuit où elle éclate. Elle contenait un demi *hop* d'eau jaunâtre sans mélange de sang. Un médecin appelé ne découvrit d'embryon ni dans cette vessie, ni dans l'eau. Les douleurs cessèrent après cette expulsion. Huit à dix jours plus tard les mouvements furent constatés. Depuis ce temps, l'écoulement se répéta plusieurs fois, pendant la nuit.

L'eau avait une odeur spermatique, et quand elle s'échappait en quantité considérable, les mouvements de l'enfant cessaient pen-

dant un jour ou un jour et demi. La femme ne se plaignait que d'affaiblissement.

Retzius fait deux hypothèses au sujet de cette observation : 1° la vessie expulsée est un kyste, formé par une glande du corps ou du col de l'utérus, oblitérée; 2° la vessie serait un œuf non fécondé, dégénéré en kyste (sic). La première hypothèse lui semble préférable à la seconde. Le kyste, ou l'œuf, s'étant détaché, la muqueuse utérine continue à sécréter un liquide aqueux.

Tout cela est bien nuageux. Le défaut de logique et l'in vraisemblance sautent aux yeux. Notons, d'abord que Retzius cite le fait comme exemple de fausse hydorrhée et qu'il admet que le liquide qui a continué à s'écouler était une sécrétion de la muqueuse. Or, il n'admet pas autre chose pour le premier fait, qu'il considère comme appartenant à la catégorie des hydorrhées vraies. Alors, il aurait fallu citer le second comme un exemple d'hydorrhée vraie succédant à une hydorrhée fausse, celle-ci étant constituée par l'épanchement de l'eau du kyste, celle-là par l'hypersécrétion des glandes de la muqueuse au point où le kyste s'était détaché.

Il nous semble que cette vessie était non pas un œuf non fécondé, *transformé en kyste*, mais un œuf fécondé, avorté dont l'embryon s'était dissous. Quant à la persistance de l'écoulement on pourrait faire diverses hypothèses, telles que celle d'une rupture de l'œuf vivant, au-dessus de l'orifice utérin. L'imagination peut se donner libre carrière, quand une observation est aussi incomplète.

BRAUN, en 1858, a exposé ses idées sur l'hydorrhée.
Stapfer.

rhée. C'est l'écoulement périodique d'un liquide jaunâtre, séro-albumineux par les parties génitales de la femme enceinte. Cet écoulement se fait tantôt goutte à goutte, tantôt brusquement. Il n'a aucun rapport avec la déchirure des membranes et avec l'écoulement de l'eau amniotique. L'hydrorrhée apparaît rarement avant le troisième mois de la grossesse. Le plus souvent elle se montre dans les derniers mois. Il y a un ou plusieurs écoulements. Quelquefois elle a la régularité des pertes menstruelles. Elle interrompt rarement le cours de la grossesse.

D'ordinaire elle cesse après l'expulsion du fœtus. Exceptionnellement elle continue pendant les suites de couches. — Rejetant les anciennes théories, l'auteur se déclare d'accord avec Nægele sur ce point que l'eau qui s'écoule est un produit de sécrétion de l'utérus, une exsudation albumineuse de la paroi. La cause de cette sécrétion est une endométrite (*endometritis serosa*). Cet exsudat sépare le chorion de la caduque ou encore la caduque du tissu utérin. L'eau, accumulée dans des poches plus ou moins considérables, s'écoule par intervalle, quand le décollement a atteint l'orifice de l'utérus.

En 1856, en France, MATTEL essaie de remettre en honneur, l'hypothèse du sac amnio-chorial dont il affirme l'existence, non seulement pendant les premiers temps de la grossesse, mais pendant toute la durée de la gestation, comme un fait normal.

C'est en 1858 que parurent les deux travaux, que notre pays a produits, sur l'hydrorrhée. Ce sont : 1° la thèse du Dr Basset ; 2° le mémoire du Dr Chassinat.

La thèse de BASSET, soutenue à Paris, sous la présidence de P. Dubois, a ceci d'original et d'important, qu'elle renferme le seul fait anatomo-pathologique concluant, concernant l'hydrorrhée, qui existe, à notre connaissance, dans la science médicale. Pour le reste, la thèse de Basset est une reproduction des recherches historiques de Geil avec quelques additions et corrections, et des idées de Nægele, que l'autopsie dont nous venons de parler, confirmerait.

CHASSINAT propose d'appeler l'hydrorrhée, pendant la grossesse, *métrorrhée séreuse des femmes enceintes*, pour mieux exprimer quelle est la source et quelle est la nature de l'écoulement. On voit que le mémoire de l'honorable médecin est un plaidoyer en faveur des idées de Nægele, mémoire consciencieux, à divers égards plus convaincu que convaincant, qui fut l'objet d'un rapport favorable du professeur Moreau, à l'Académie, au mois d'août 1836. Il n'a donc été publié que vingt-deux ans après avoir été soumis à l'approbation de la savante compagnie. Chassinat a réuni cinquante-deux observations, la plupart du XVIII^e siècle et empruntées à Geil, quelques-unes personnelles ou communiquées.

En 1863, le Dr A. HEGAR fit connaître les recherches qu'il avait faites au sujet de l'hydrorrhée, qui, d'après ses conclusions, serait due à une sécrétion des glandes de la caduque hypertrophiées. L'année précédente,

HENNIG l'avait déjà appelée un catarrhe. Nous avons vu que c'était l'opinion de M. Retzius.

En 1864, le professeur DEPAUL, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, donnait du *mécanisme qui explique le mieux ces écoulements insolites* (fausses eaux) l'explication suivante :

Une partie de l'œuf peut se décoller dans sa région membraneuse. Les quelques vaisseaux capillaires, qui sont nécessairement déchirés laissent suinter la sérosité du sang, qui s'accumule dans une sorte de sac extérieur et qui peut y séjourner plus ou moins longtemps, jusqu'à ce que le décollement, s'étendant de proche en proche, soit arrivé au niveau de l'orifice. Alors s'échappe un flot de liquide dont la quantité peut être considérable, aussi grande et même plus grande que celle qui vient de la cavité des membranes. Puis, si l'écoulement diminue, et si la femme est maintenue au repos, il ne reste qu'un suintement peu abondant, qui peut disparaître lui-même si la partie fœtale qui se présente exerce sur le pourtour du col une compression suffisante. En général, l'écoulement recommence au bout d'un certain temps et peut se répéter, dans des proportions variables, un plus ou moins grand nombre de fois, avant que le travail se déclare. De sorte que cette perte aqueuse peut durer quinze jours, trois semaines, un mois et même davantage, quoiqu'il ne soit pas rare qu'elle devienne la cause d'un accouchement prématuré. Le liquide qui s'écoule est beaucoup plus clair et plus transparent que l'eau de l'amnios, il ne repand aucune odeur et a toutes les apparences du sérum du sang. Plus tard on le devine, il faut s'attendre à voir la poche des eaux se former comme d'habitude.

En 1865, DE GRÆF, s'écartant de la tradition, jusqu'à respectée en Allemagne, admet deux formes d'hydrorrhée, l'une catarrhale décrite par Hegar et admise avant lui par Retzius et Hennig, l'autre traumatique qui

n'est pas autre chose que la rupture prématurée des membranes.

HYERNAUX, dans son *Traité des accouchements*, est d'avis que l'hydrorrhée a pour origine une exhalation de la face interne de l'utérus.

JOULIN, emprunte à Basset son historique, et dit que *la source de l'hydrorrhée est maintenant assez bien déterminée*. L'opinion de Nægele doit être admise. De plus, le liquide amniotique étant probablement fourni par les parois utérines, la sérosité qui s'accumule entre elles et les membranes, et dont l'écoulement au dehors produit l'hydrorrhée, n'est pas autre chose que du liquide amniotique qui n'a pu transsuder à travers les enveloppes. Nous avons dit que la priorité de cette idée appartient à Levret.

En 1868, le Dr BOUCHACOURT publia, sous le singulier titre de métrorrhée, une observation, lue en 1867 à la Société de médecine, concernant une femme enceinte, qui eut une rupture prématurée et spontanée des membranes au-dessus de l'orifice utérin.

En 1871, GIAMBATTISTA FABBRI fit paraître un opuscule que nous n'avons pu nous procurer.

En 1873, le professeur STOLTZ, dans son article *Grossesse*, du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, s'exprimait ainsi :

Il existe quelquefois, à la surface interne de l'utérus en gestation un état d'éréthisme vital extraordinaire, une irritation même, qui peut se transmettre aux membranes de l'œuf, et qui provoque surtout une hypersécrétion de sérosité albumineuse, laquelle s'épanche quelquefois entre l'œuf et la matrice, ce que l'on a appelé hydorrhée utérine.

Evidemment l'hydorrhée n'est pas la maladie... la maladie c'est l'hypersécrétion par irritation... l'hydorrhée consiste, dans un écoulement plus ou moins abondant de sérosité, par les parties génitales, pendant la grossesse... On a souvent confondu cet écoulement avec le départ des eaux amniotiques à la suite de la rupture de l'œuf. Cette erreur est commise encore aujourd'hui par des personnes qui n'ont pas connaissance du fait en question, à savoir, l'accumulation d'une plus ou moins grande quantité de sérosité, entre la matrice et son contenu... La source de cette sérosité est la même que celle du liquide qui pénètre habituellement dans l'œuf, elle doit donc en avoir toutes les qualités.

CAZEAUX, revu et annoté par TARNIER. — . . .

. . . Presque toujours le liquide qui s'écoule ainsi pendant la grossesse..... s'était accumulé entre la face interne de l'utérus et un point plus ou moins étendu des membranes décollées. Cette opinion a été professée par Nægele..... Si l'on admet avec le professeur Burdach, qu'il s'opère à la face interne de l'utérus une exhalation de liquides qui, transsudant à travers les membranes, arrivent jusqu'à la cavité amniotique...., il est facile de s'expliquer cette accumulation anormale de liquide par un excès de sécrétion ou un arrêt dans la transsudation. (Basset.)

SCHREDER décrit sous le nom d'hydorrhée une endométrite muqueuse catarrhale. Cette opinion est conforme à celle de Braun, de Retzius, de Hegar.

PLAYFAIR énumère les diverses hypothèses, et ne se prononce pour aucune, mais il ne mentionne pas parmi elles la rupture prématurée des membranes.

Le professeur MACARI, dans la seconde édition de son remarquable Traité d'obstétrique, parue en 1880, considère l'endométrite séreuse comme la source probable de l'hydrorrhée.

DES HYPOTHÈSES

Sur le siège, la source, la nature du liquide.

La première partie de notre travail est la démonstration de ce que nous avons annoncé au début, à savoir que la plus grande confusion règne sur notre sujet. Personne, par conséquent, après une lecture attentive de cette première partie, ne s'étonnera que nous ne puissions encore donner une définition. Nous allons examiner maintenant, à un point de vue critique, les hypothèses qui ont été faites sur le siège des collections aqueuses d'où dérive l'hydrorrhée, sur la source de ces écoulements, sur la composition du liquide. Nous considérons l'ensemble des observations que nous avons réunies, et nous citerons celles qui viennent à l'appui ou à l'encontre de telle ou telle hypothèse. Nous verrons ainsi laquelle est la plus vraisemblable. Nous appuierons notre opinion sur les données de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, tant que possible, mais nous ne pourrions pas toujours, car ni l'anatomie, ni la physiologie de l'utérus gravide

DEUXIÈME PARTIE

EXAMEN CRITIQUE

DES HYPOTHÈSES

Sur le siège, la source, la nature du liquide.

La première partie de notre travail est la démonstration de ce que nous avons annoncé au début, à savoir que la plus grande confusion règne sur notre sujet. Personne, par conséquent, après une lecture attentive de cette première partie, ne s'étonnera que nous ne puissions encore donner une définition. Nous allons examiner maintenant, à un point de vue critique, les hypothèses qui ont été faites sur le siège des collections aqueuses d'où dérive l'hydrorrhée, sur la source de ces écoulements, sur la composition du liquide. Nous consulterons l'ensemble des observations que nous avons réunies, et nous citerons celles qui viennent à l'appui ou à l'encontre de telle ou telle hypothèse. Nous verrons ainsi laquelle est la plus vraisemblable. Nous appuierons notre opinion sur les données de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, autant que possible, mais nous ne pourrons pas toujours, car ni l'anatomie, ni la physiologie de l'utérus gravide

et de l'œuf qu'il contient ne sont parfaitement connus, ni la pathologie, à plus forte raison.

SIÈGE DE LA COLLECTION

Nous discuterons successivement les diverses opinions qui ont été émises.

§ I

LA COLLECTION D'EAU SE FAIT ENTRE LES PAROIS UTÉRINES ET LES MEMBRANES.

L'autopsie est venue confirmer les inductions de la raison, dit Basset dans sa thèse, et il cite l'observation suivante :

Une fille âgée de 24 ans, cartonnrière, d'un tempérament lymphatique, présentant tous les signes de la chloro-anémie, réglée à 13 ans irrégulièrement, avait eu trois grossesses. Dans la première, elle avait accouché d'un garçon, mort peu de temps après sa naissance; dans les deux autres, elle avait fait des fausses couches entre le quatrième et le cinquième mois. Elle était arrivée au sixième mois de sa quatrième grossesse, n'ayant éprouvé que des nausées et des vomissements, légers accidents qu'elle avait toujours eus dans les premiers temps, mais qui disparaissaient vers le quatrième mois, quand elle perdit tout à coup un verre de liquide jaunâtre, sans douleurs ni contractions, au moment où elle s'asseyait; effrayée par cette évacuation insolite, elle consulta M. le Dr Duclos, qui constata tous les signes d'une grossesse de six mois, lui conseilla le repos au lit, un régime doux pour le mo-

Stapfer.

5

ment, et puis des amers et des toniques. L'écoulement après le premier flot ne se fit plus que goutte à goutte, et avait cessé cinq ou six jours après. Trois semaines s'étaient écoulées depuis, lorsqu'il apprend que cette jeune femme, abandonnée par son amant, en proie à un violent désespoir, venait de mettre fin à ses jours par le charbon. Appelé par l'autorité judiciaire à l'effet de constater le genre de mort auquel elle avait succombé, il trouva tous les signes de l'empoisonnement par l'acide carbonique et l'oxyde de carbone.

Alors, profitant de l'occasion si rare que l'on a de s'éclairer sur la nature des pertes qu'on appelle *hydrorrhée*, il ouvrit l'utérus et put constater les choses suivantes : les membranes de l'œuf ne présentaient nulle part aucune trace de rupture ni de cicatrice, leur intégrité était complète : l'adhérence du chorion et de l'amnios était partout intime. Le liquide contenu dans l'œuf ne paraissait ni plus ni moins abondant qu'à l'état normal. Le fœtus offrait tous les caractères de son âge ; mais entre la face interne de l'utérus et les membranes, on trouvait deux poches situées sur les parois latérales, et à quelque distance l'une de l'autre. Elles étaient remplies d'un liquide transparent, d'un jaune citrin, et de même consistance que les eaux de l'amnios avec lesquelles il avait la plus grande analogie. C'était évidemment un décollement partiel des membranes, et le liquide que l'on trouvait était une exhalation de la paroi interne de l'utérus, exhalation séreuse qu'on rencontre si souvent comme état pathologique dans d'autres cavités. On remarquait encore sur la surface interne de l'utérus, une place de la largeur d'une soucoupe de 6 à 7 centimètres de diamètre, et qui tranchait sur les points voisins par sa couleur opaque et blanchâtre. Les membranes n'adhéraient pas en ce point ; il y avait là une poche qui s'était affaissée, ne contenant plus qu'une légère couche de liquide semblable à celui des deux autres, et qui paraissait être d'une exhalation récente. De cette poche vide partait un décollement de la largeur de 5 millimètres, qu'on pouvait suivre parfaitement à sa teinte opaque et blanchâtre, et qui arrivait jusqu'au col. Les eaux qu'avait perdues cette femme, avaient été certainement renfermées dans cette poche, et c'est par le décollement qui en partait, se prolongeant jusqu'au col, qu'elles s'étaient échappées. Il est probable que, si la vie se fût prolongée, les deux autres poches pleines qui existaient auraient donné lieu, deux fois encore, au

sur l'anatomie, ni la physiologie de l'utérus.

phénomène de l'hydrorrhée, en décollant les membranes jusqu'au col, sous l'influence d'une cause qui est souvent inappréciable, mais qui doit tendre à comprimer cet épanchement intra-utérin et le forcer à s'échapper en quelque point.

Nous croyons que cette observation est unique dans la science. A ce titre, elle est précieuse. C'est la première fois que nous pouvons dire : Voilà un fait, et non pas : Voilà une hypothèse. Ce fait est instructif, et à divers égards, concluant. On pourrait objecter que la femme était peut-être syphilitique, que les phénomènes constatés étaient la conséquence de la mort du produit de conception ou de la mère. Cette objection nous paraît spécieuse. On a trouvé deux poches pleines, une poche vide et le ruisseau qui faisait communiquer cette dernière avec l'orifice. Cela chez une femme qui, trois semaines auparavant, avait perdu brusquement un verre de liquide, perte à laquelle avait succédé un écoulement goutte à goutte. *Plerumque uno impetu prorumpunt, sæpe stillant*, avait dit Geil en 1822. Voilà bien l'explication anatomo-pathologique, du fait clinique signalé par l'élève de Nægele et par d'autres avant lui. Une sécrétion s'était faite et accumulée. Les membranes s'étaient décollées progressivement jusqu'à l'orifice, et à ce moment, sous l'influence probable d'une contraction indolore de l'utérus, la poche s'était subitement vidée.

Ce qui manque à l'observation de Duclos, c'est un peu de précision pour ce qui concerne les membranes. On nous dit que le chorion était adhérent à l'aminios. Fort bien; mais la caduque, adhérait-elle au chorion ou à la paroi utérine? Il est regrettable que cette autopsie

n'ait pas été faite par un micrographe, car, du coup, la lumière se faisait probablement sur plusieurs points de cette question si obscure de l'hydrorrhée. Nous disons cela, en pensant à l'analyse chimique et microscopique du liquide qui est encore à faire, et à l'idée de Hégar, qui veut que l'hydrorrhée soit le produit d'une sécrétion catarrhale des glandes hypertrophiées de la caduque.

Qu'était-ce que cette plaque opaque et blanchâtre, de la largeur d'une soucoupe, sur la surface interne de l'utérus? Serait-ce le premier ou le second degré d'une affection spéciale, d'une endométrite par exemple comme le supposent Braun et Schröder? Autant de *desiderata*.

Le point d'interrogation que nous venons de poser, au sujet de la muqueuse utérine, nous conduit à l'examen de la deuxième opinion.

§ II

LA COLLECTION D'EAU SE FAIT ENTRE LES MEMBRANES.

Celles-ci se composent des deux caduques, du chorion et de l'amnios.

Voyons d'abord ce qu'il faut penser de l'hypothèse que combattirent Nægele, Basset et Chassinat, celle du sac amnio-chorial.

Nous rappelons qu'il ne s'agit pas de la poche amnio-choriale, que tous les accoucheurs connaissent, mais

d'une cavité de même nom qui existerait accidentellement pendant la grossesse.

Suivant le D^r Mattei, cette cavité ne serait pas accidentelle, mais normale, et deux fois sur trois, l'amnios serait séparé du chorion, par un liquide plus ou moins abondant, non seulement dans les premières semaines, mais jusqu'à la fin de la gestation.

Dans l'état actuel de la science, cette proposition, contredite tous les jours par l'examen des enveloppes de l'œuf, ne peut être discutée.

Il faut simplement savoir si cette cavité a été constatée après l'accouchement, quand la femme avait eu de l'hydrorrhée durant sa grossesse.

Dans sa première observation, Nægele dit : *Utraque membrana toto in ambitu tam arcte cohærebat, ut non nisi summâ cum diligentia, dissolvi posset.*

II^e observation : *Ovi membranæ, accuratissime perscrutatæ toto in ambitu arcte cohærebant.*

III^e observation : *Chorion et amnios toto, in ambitu, arcte cohærebant.*

Et ailleurs :

Nægele... ovi membranas, semper indefesso studio perscrutatus est... nec ullum omnino spatium invenit.

Nous avons vu que Duclos avait constaté cette adhérence. Chassinat dit qu'elle existait dans la plupart des cas. Cependant, dans les cinquante-deux observations qu'il rapporte, elle n'est expressément indiquée que trois fois, dans les trois observations de Nægele dont nous venons de citer le texte.

L'hypothèse du sac amnio-chorial a été généralement abandonnée depuis le travail de Geil, qui l'attaque

particulièrement. A son avis, toute eau qui s'écoule de l'utérus, pendant la grossesse, ou immédiatement avant le travail, vient de l'espace qui sépare « la concavité de l'utérus, de la convexité du chorion ». Le fait est qu'on constate quelquefois, avant la dilatation de l'orifice ou même l'effacement du col, ce qui est plus concluant encore, l'écoulement d'un liquide analogue par sa consistance au liquide amniotique. La dilatation commencée, la poche des eaux se forme, et l'accouchement terminé, on constate l'intégrité des membranes.

Au mois d'août 1879, nous avons été appelé, pendant la nuit, auprès d'une dame multipare, qui venait de perdre subitement, au lit, sans douleur, une quantité de liquide incolore, assez grande pour qu'on eût été obligé de changer le drap. Le col n'était pas effacé.

Deux jours plus tard, cette dame nous rappelait pour un accident semblable, accompagné cette fois de douleurs. Le col était entier; mais des mucosités sanguinolentes que nous vîmes sur notre doigt et la persistance des douleurs nous déterminèrent à rester auprès de cette dame. A un moment où nous pratiquions le toucher, le col n'étant pas encore effacé, nous avons senti un liquide chaud qui coulait sur notre doigt et sur notre main. Nous avons cru à une rupture prématurée des membranes. Or, nous avons assisté à la formation de deux poches successives, que nous avons rompues.

Si les eaux qui s'étaient écoulées venaient de la cavité utérine, — et c'est l'hypothèse la plus vraisemblable, — il est presque certain, que dans ce cas, elles s'étaient amassées hors du chorion, comme le suppose

Nægele, car si elles avaient été contenues entre le chorion et l'amnios, elles n'auraient pu s'échapper que par une rupture de ce *sac* amnio-chorial et une *poche* chorio-amniotique ne se serait pas formée.

Cette observation personnelle, nous semble intéressante. C'est une pièce justificative des assertions de Geil; mais Nægele et son élève affirment que le liquide s'amasse toujours hors du chorion.

Après lecture du fait suivant, publié par le Dr Batbedat, on pourrait se demander si Nægele n'a pas été trop absolu.

Hydropisie des membranes; hydroporrhée à cinq mois. Grossesse venue à terme.

Mme C..., âgée de 38 ans, multipare, enceinte de cinq mois, ayant fait un léger effort pour soulever quelque chose au-dessus de sa tête, éprouva une douleur vive, subite, accompagnée d'une espèce de craquement dans l'hypochondre droit. Trois heures après, elle se couche à son heure habituelle sans éprouver rien de plus. A 11 heures de la nuit elle ressent des douleurs abdominales, qu'elle reconnaît parfaitement pour des douleurs de couches, et perd un flot de liquide. J'arrivai près d'elle à minuit. Jusqu'à deux heures du matin, Mme C... eut encore plusieurs petites douleurs accompagnées, chacune, d'une légère évacuation de liquide. Je procédai au toucher, et je ne fus pas peu surpris de trouver un col à peine ramolli, pas plus qu'il ne l'est habituellement à cette époque de grossesse, très peu entr'ouvert, à l'orifice interne surtout, très résistant, et ne permettant pas l'introduction de l'extrémité du doigt.

Le reste de la nuit se passa sans douleurs. Le jour suivant elle en eut encore quelques-unes, suivies, chaque fois, d'une légère évacuation de liquide. Repos, décubitus dorsal, expectation.

Huit jours se passent sans douleurs et sans autres pertes.

Le huitième jour, nouvelles contractions utérines suivies de nouvelles évacuations de liquide. Puis, plus rien pendant quinze

jours. Pendant ce temps, Mme C... se lève et se livre, quoique avec prudence et précaution, à ses occupations habituelles. Quinze jours après, mêmes phénomènes, contractions et pertes de liquide. Un mois plus tard enfin, la même chose arrive, et, à partir de ce moment, la grossesse suit son cours, et l'accouchement a lieu à terme, sans autres accidents. J'attends, suivant les saines règles de l'obstétrique, la délivrance naturelle, qui a lieu un quart d'heure après l'accouchement. J'examine alors le délivre, et je constate d'un côté un décollement complet des deux membranes jusqu'à la naissance du cordon ; du côté opposé le décollement s'arrête à peu près au bord du placenta, mais il m'est facile, en tirant légèrement sur les deux membranes, de le prolonger également jusqu'à la naissance du cordon.

L'amnios, qui a tout l'aspect d'une membrane séreuse, beaucoup plus mince que le chorion, qui est vasculaire et légèrement charnu, est recouvert comme lui, à sa partie interne, d'une légère exsudation plastique, comme le sont les plèvres à la suite des épanchements pleurétiques. Dans la partie que j'ai ainsi décollée, l'aspect des membranes est tout différent : elles sont plus minces, plus lisses et d'une couleur plus vive.

Les membranes sont donc divisées en deux parties concentriques : l'une, externe, formée par le chorion ; l'autre, interne, formée par l'amnios ; complètement dédoublées d'un côté, incomplètement de l'autre.

Réflexions de l'auteur. — A cinq mois de la gestation, la poche externe s'est déchirée par suite de la pression des muscles abdominaux sur l'utérus pendant l'élévation brusque du bras. Le liquide épanché a fait l'office de corps étranger ; sous son influence, l'utérus s'est contracté et en a chassé une partie : la déplétion qui en a été la conséquence a amené un calme momentané, jusqu'à ce que les mêmes causes aient peu à peu ramené les mêmes effets. Car, dans cette observation, j'ai pu constater que les contractions utérines précédaient toujours les pertes.....

Quelques accoucheurs dont les noms ne sont pas cités dans l'ouvrage de Cazeaux, auraient pensé, dit cet auteur, que les eaux qui s'écoulaient lorsqu'il y a hydrorrhée, étaient contenues entre le chorion et l'amnios.

Mon observation confirme entièrement cette opinion.

C'est le seul cas de ce genre que nous ayons trouvé. S'il est exact, nous ne comprenons pas comment on pourrait l'expliquer, tant il y a d'incertitude, dans les notions que la science possède, sur l'état de l'œuf, pendant les premières phases du développement, et sur les conditions nécessaires à son existence.

Ceci nous mène à dire, que la supposition que Dugès a faite de l'accumulation du liquide dans la cavité allantoïque ne nous paraît pas discutable. Qu'est-ce que cette cavité allantoïque? On ne sait même pas au juste ce qu'est l'allantoïde humaine. On ne trouve dans les derniers mois de la grossesse, entre le chorion et l'amnios, qu'une couche gélatineuse d'origine incertaine.

La théorie de l'*hydrallante* nous fait donc l'effet, comme nous l'avons dit dans notre première partie, d'une variante subtile de l'idée du sac amnio-chorial.

Voyons maintenant, ce qu'il faut penser, de l'accumulation du liquide entre les deux caduques.

On admet, qu'elles ne sont en contact, que vers la fin du 3^e mois. C'est dans l'intervalle qui les sépare, que les anciens plaçaient l'hydropérione (ὕδωρ, œuf; περί, autour; ὠόν, œuf), nié par Coste.

Nous expliquerons l'hydrorrhée des premières semaines par l'existence pathologique de cette hydropérione, supposition qui n'a rien d'in vraisemblable, si l'on songe à la prodigieuse vitalité de la caduque pendant les premières semaines de la gestation. L'état de la

matrice au début de la grossesse est un état voisin de la pathologie. Il y a entre la caduque de l'utérus gravidique et la muqueuse de l'utérus atteint de métrite catarrhale une analogie histologique frappante.

Nous devrions, pour être conséquent, comme nous le disons au § VI, admettre, que dans les derniers mois, la collection liquide, siège aussi entre les deux caduques ; mais il reste un doute.

Note communiquée par M. le D^r Tarnier, professeur agrégé, chirurgien en chef de la Maternité.

Mme X..., grande et forte, *très hystérique*, mariée depuis trois ans, vit pour la dernière fois ses règles à la fin d'octobre 1879. — Tout à fait à la fin de décembre, elle éprouva des malaises dans le bas-ventre, et une nuit, après des coliques assez violentes, elle s'aperçut qu'elle venait de perdre tout à coup une ou deux cuillérées d'eau. *Les coliques cessèrent immédiatement*. Le médecin qui fut appelé crut à une fausse-couche imminente ; mais il n'en fut rien.

Je vis la malade le 4 janvier 1880, et je constatai le début d'une grossesse qui, au moment de ma visite, ne présentait rien d'anormal.

Depuis cette époque, j'ai revu plusieurs fois Mme X..., dont la grossesse s'est développée régulièrement.

Nous rapprochons de cette observation le fait suivant dont nous sommes redevables envers M. le D^r Voisin, médecin de la Salpêtrière.

Mme N..., *hystérique au premier chef*, fut prise vers la sixième semaine d'une grossesse, d'accidents singuliers pour lesquels le D^r Voisin fut appelé. Il constata l'existence d'un spasme tétanique des seins, devenus durs comme le marbre. Ce spasme disparut après

une application de sangsues faite au voisinage du pli de l'aisselle ; mais pendant sa durée, Mme N... perdit brusquement par la vulve une petite quantité de liquide transparent. La grossesse n'arriva pas à terme, mais elle ne fut interrompue que deux mois après cet accident.

Ces deux faits sont très curieux : nous aurons quelques remarques à présenter à leur sujet au chapitre diagnostic. C'est là, qu'on trouvera un autre exemple, plus concluant, d'hydrorrhée des premières semaines. Nous le devons également à l'obligeance du D^r Tarnier.

§ III

LA COLLECTION SE FAIT DANS UNE HYDATIDE.

Nous avons cité dans notre étude historique l'opinion de plusieurs auteurs qui, à différentes époques, ont cru que le liquide était contenu dans une hydatide.

Ce mot est extrêmement vague ; il a signifié pendant longtemps toute tumeur contenant une eau claire et transparente. Aujourd'hui, on l'emploie comme synonyme d'acéphalocyste. Les observations, que nous avons trouvées dans les auteurs auxquels nous faisons allusion, sont insuffisantes et peuvent être interprétées comme on voudra ; quelques-unes ont la physionomie de ces dégénérescences du produit de conception, appelées encore quelquefois môles hydatiques, terme impropre, d'après l'acception que la science lui donne de

nos jours. Nægele, qui a inventé le mot hydorrhée, pose en principe que cet écoulement d'eau ne compromet pas en général la grossesse. En est-il de même de la môle vésiculaire? Non. Par conséquent nous passons outre.

§ IV

LA COLLECTION SE FAIT DANS UN KYSTE.

Que dire de l'hypothèse d'un enkystement dans des membranes particulières, sinon que les exemples de ces kystes nous ont paru être en général des exemples d'erreur de diagnostic. On avait généralement affaire à un œuf surnuméraire avorté et clair. L'embryon s'était dissous.

Le Dr Pinard, dans son excellent article, *Fœtus*, du dictionnaire encyclopédique, rappelle que d'après les analyses de Fehling, le corps d'un embryon de deux mois est plus riche en eau que le sang, le vaccin, le lait et se rapproche surtout de la lymphe. Un embryon de six semaines est fait de 97 parties d'eau pour 100. Brûlé, il laisse 0,001 milligramme de cendres. On comprend à quel point la dissolution est facile.

Dira-t-on que la rupture d'un œuf surnuméraire produit l'hydorrhée? Nous ne le pensons pas, parce qu'a-

lors les cas où le liquide se reproduit ne seraient pas expliqués.

On pourrait douter que ces kystes aient toujours été des œufs surnuméraires, si le liquide avait été trouvé clair et limpide, au lieu d'être louche et laiteux, ce qui arrive quand un embryon s'est dissous; mais la description qu'on a donnée du liquide contenu dans ces kystes est nulle ou insuffisante.

Ces kystes étaient-ils des cysto-fibromes? Saint-Cyr, dans son traité d'obstétrique vétérinaire, donne une très-curieuse observation de tumeur probablement fibrocystique, sous le nom de kyste utérin. Il s'agit d'une vache qui *se ballonnait* de temps à autre et qui ne paraissait soulagée qu'après une abondante émission d'urine. Cette vache mourut, et on trouva à l'autopsie quatre gros kystes divisés en compartiments par des cloisons formant de fortes brides. Ils étaient pleins de sérosité. Les écoulements, qui soulageaient la bête, n'ont eu lieu qu'après le part. La présence des kystes fut reconnue au moment où l'animal mit bas. L'un d'eux qui faisait hernie à travers l'orifice utérin fut pris d'abord pour la poche des eaux.

Nous n'avons pas à discuter la possibilité d'un cysto-fibrome. Ne perdons pas de vue que l'hydrorrhée, telle que l'a décrite Nægele, qui a créé le terme, dépend d'une affection (si l'affection existe) qui ne compromet pas la santé. On a reproché à Nægele d'avoir donné comme exemple d'hydrorrhée l'écoulement d'ichor cancéreux. Nægele n'a pas fait cela. Sa prétendue

cinquième observation (voy. Basset et Chassinat) n'est pas mise par Geil, au nombre des observations d'hydrorrhée proprement dite, réunies à la fin de la thèse. Elle est citée dans le courant de l'opuscule comme une preuve de l'influence qu'exercent certaines altérations (*vitia localia, indurationes, scirrhi*) sur la production de l'hydrométrie en général. Ce qui est vrai, c'est que le savant allemand, s'il avait écrit de nos jours, aurait mieux choisi son point de comparaison, il aurait préféré l'*induratio* au *scirrhus*. Les écoulements de sérosité pure, par jet ou goutte à goutte, sont en effet quelquefois causés par la présence d'un fibrome.

On a décrit sous le nom de métrite kystique du col, un développement énorme des œufs de Naboth. Une glande de la cavité utérine pourrait-elle se développer de la même façon? C'est un point d'interrogation que nous posons, en pensant à l'observation de Retzius que nous avons citée dans notre première partie; mais on a vu à quel point cette observation est insuffisante.

§ V

LA COLLECTION SE FAIT DANS UN ŒUF SURNUMÉRAIRE.

Nous venons de juger cette hypothèse.

§ VI

CONCLUSIONS.

En résumé, l'hydrorrhée qui paraît dans les premières semaines de la gestation, ce qui est exceptionnel, ne nous semble explicable que par l'existence pathologique de l'hydropérione. Le liquide s'accumule entre la caduque ovulaire et la caduque utérine. L'hydrorrhée qui se montre dans les derniers mois de la grossesse, ce qui est la règle, vient d'une collection qui s'est formée en dehors ou, peut-être, en dedans du chorion. De ces deux hypothèses, celle de Guillemeau et Mauriceau reprise par Nægele a pour elle l'autopsie de Duclos, la supériorité numérique des observations. et la vraisemblance. Restent deux points d'interrogation, au sujet des rapports, qu'ont, avec la caduque, ces amas d'eau extérieurs au chorion? Sont-ils situés dans l'épaisseur de la caduque pariétale au niveau de la ligne de partage des cellules terminées en aiguilles, ou entre la caduque pariétale et la caduque ovulaire. Il nous paraît puéril de multiplier les questions et de nous demander si la couche profonde de la caduque ne peut se détacher du muscle utérin et si la caduque ovulaire ne peut se séparer du chorion. On ne divise pas ainsi par tranches un tissu dont les éléments primitifs sont atrophiés ou même en partie anéantis. A priori,

pour être conséquent, nous devrions admettre que la collection du liquide se trouve entre les deux caduques. Cependant on peut se demander si elle ne se fait pas au niveau de la ligne de Friedländer, car Nægele dans ses observations dit indifféremment, *ovi membranæ* ou *chorion et amnios cohærebant*. Si la caduque avait manqué ou avait été décollée du chorion, le professeur de Heidelberg s'en serait aperçu. « Il examinait les enveloppes avec un soin particulier, » nous apprend Geill.

Le microscope seul pourra trancher la question.

entre la caduque ovulaire et la caduque minérale. L'hydropisie qui se montre dans les derniers mois de la grossesse, ce qu'est la règle, vient d'une collection qui

est formée en dehors du chorion. De ces deux hypothèses, celle de Geill est la plus probable.

Malgré ce qui précède, nous ne pouvons nous empêcher de penser que la collection de liquide se fait dans la cavité amniotique.

la vraisemblance. Restent deux points d'interrogation, au sujet de la collection, du liquide, dans la cavité amniotique. Sont-ils situés

ces amas d'eau extra-utérine au chorion ? Sont-ils situés dans l'épaisseur de la caduque pariétale au niveau de

la ligne de parture des cellules trophoblastiques ?

Quelquefois le vagin d'une femme en travail reste sec jusqu'à ce que l'orifice soit assez effacé pour laisser les membranes à nu dans une certaine étendue. Alors seulement, il s'humecte. A une chaleur aride succède une chaleur moite. D'où vient cette humidité ? Elle est l'effet de la transsudation du liquide amniotique à travers les membranes. La rapidité de cette transsudation est en raison directe de la

puissance des contractions utérines, et du diamètre de la surface dénudée. Elle est considérablement diminuée et peut même être nulle, si le segment inférieur de l'œuf reste exactement appliqué sur l'extrémité céphalique, si, en un mot, la poche des eaux ne se forme pas. La tête fait alors bouchon.

Ce fait clinique a été reproduit expérimentalement à la Maternité par MM. Tarnier et Pinard. Du liquide amniotique fut versé dans un tube de verre fermé à l'une de ses extrémités par un lambeau de membranes. Le liquide transsuda. Des gouttelettes perlèrent sous le lambeau. Ces gouttelettes se transformèrent en une véritable pluie lorsqu'on comprima fortement le liquide avec un piston.

La question que nous avons à nous poser est la suivante : la transsudation peut-elle se faire pendant la grossesse et le liquide transsudé peut-il s'accumuler entre les membranes décollées et la paroi utérine ?

Nous ne le croyons pas, car aucune des conditions nécessaires pour que ce phénomène se produise, n'existe. Tout conjure même pour qu'il n'ait pas lieu. D'abord, pas de surface dénudée, mais un simple décollement. Ensuite à chaque contraction, à chaque coup de piston, la paroi utérine vient s'appliquer contre les membranes et faire office de bouchon. Ainsi, la force qui pourrait faciliter la transsudation se contrebute elle-même.

Si nous ne croyons pas à la transsudation, nous nous demandons si *l'osmose* n'est pas possible. Ceci a besoin d'une explication et d'une définition, car on donne souvent à ce mot une fausse acception. L'osmose est l'échange réciproque qui se fait entre deux liquides sépa-

rés par une membrane animale perméable. Supposons maintenant l'existence d'un décollement partiel, et l'accumulation d'un peu de sérosité dans la poche ainsi formée. Il y aura échange réciproque entre la sérosité et le liquide amniotique, et plus la sérosité sera albumineuse, plus son pouvoir endosmotique sera grand, c'est-à-dire que le courant principal ira du liquide amniotique vers la sérosité. Nous n'affirmons pas que les choses se passent ainsi; mais nous nous demandons, si dans le cas où le liquide amassé entre l'utérus et les membranes, quelle que soit son origine, est très riche en albumine, et où l'eau amniotique voisine est riche en sucre et en sels, le transport dont nous parlons n'augmente pas notablement l'exsudat primitif.

Puisque celui-ci ne nous semble pas provenir de l'eau où baigne le fœtus, passons à une autre théorie.

§ II.

LE LIQUIDE VIENT DES PAROIS DE L'UTÉRUS.

Ainsi posée, la proposition est vague, comme nous l'avons fait remarquer; les auteurs ne disent pas si la caduque utérine appartient en totalité ou en partie à ce qu'ils appellent les parois de l'utérus. Examinons d'abord la question à ce point de vue général, quitte à préciser ensuite davantage.

Nægele dit : *Minime, quin aquæ colluvies, plerumque ex vasis uteri exhalantibus oriatur, dubitamus; quod aquæ profluvii probatur, quæ post partum secuta sunt.*

Supprimons, le *vasis exhalantibus*, dont nous aurons à nous occuper plus tard. Nægele a raison; évidemment

un écoulement d'eau qui persiste après l'accouchement, en l'absence de toute tumeur du voisinage (nous avons dit que Geil les excluait), et qui, bien entendu, se fait par l'orifice utérin, ne peut provenir que des parois de l'organe gestateur.

Ni l'un ni l'autre des quatre faits empruntés à la pratique du professeur de Heidelberg et cités par Geil ne confirment cette assertion ; mais ces écoulements persistant après la parturition sont signalés dans diverses observations trouvées par Nægele dans les auteurs et communiquées à Geil. On le retrouvera dans le mémoire de Chassinat. Nous en avons cherché d'autres.

En voici deux empruntées à Chailly-Honoré.

Une femme ayant une maladie du cœur, infiltrée des extrémités inférieures, fit à six mois une fausse couche à la Clinique. Pendant sa grossesse, cette femme avait perdu souvent des eaux, aux époques correspondantes aux règles, et après son accouchement les lochies, au lieu d'avoir leur couleur ordinaire, étaient limpides, abondantes et incolores. Quinze jours après son accouchement, la malade entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Honoré, qui put observer encore pendant quelque temps la continuation de ce phénomène.

Une autre femme de la Clinique, excessivement infiltrée, perdit, huit jours avant son accouchement, une très grande quantité d'eau ; cependant la poche, au moment du travail, était intacte ; deux jumeaux naquirent. Les suites de couches furent heureuses, mais les lochies très abondantes étaient presque décolorées, et insensiblement elles prirent tout à fait l'aspect de pertes d'eaux, et s'écoulèrent aussi abondamment que celles qui avaient précédé l'accouchement.

D'où venaient ces eaux, assez abondantes pour tremper plusieurs draps par jour, si ce n'est de l'utérus ?

Ces deux notes ne sont malheureusement pas beau-

coup plus complètes que les deux faits empruntés à Cheston par Geil, et reproduits par Chassinat, qui y ajoute un cas cité par Bolten, absolument insuffisant.

Voici une observation qui a plus de valeur.

Hydorrhée utérine survenue dans les derniers mois de la grossesse et persistant après l'accouchement, par le Dr B.-A.

Une dame de province, venue à Lisbonne, âgée de 26 ans, mariée depuis huit ans, avait eu autant de grossesses qu'elle comptait d'années de mariage. Toutes, à l'exception de la deuxième, s'étaient terminées par un accouchement naturel à terme. Elle aurait été affectée, dans son enfance, d'une affection probablement rhumatismale; plus tard, un état chlorotique aurait retardé la menstruation, qui avait fini par s'établir et se régulariser.

Durant la dernière grossesse, à la fin du sixième mois, elle sentit se manifester un écoulement de sérosité par le vagin, accompagné de quelques douleurs comme pour accoucher. Mais tout rentra dans l'ordre, et nonobstant les répétitions successives de la même perte, qui n'était plus accompagnée de douleurs, elle arriva à terme et accoucha régulièrement. Ces pertes se reproduisirent après l'accouchement et furent surtout remarquées du troisième au cinquième mois. *(On se demande alors ce qu'elles étaient après la couche, si on ne les a remarquées qu'au troisième mois. Nous avons quelque raison de croire, comme on le verra plus bas, que la traduction a été faite trop rapidement. Nous n'avons pu nous procurer l'original). Elles arrivaient brusquement, se répétaient plusieurs fois dans la même journée, et restaient encore quelques jours sans reparaitre. Elles se montraient, dans l'intervalle des époques et pendant les époques, et beaucoup plus fréquemment pendant la durée de celles-ci, jusqu'à vingt fois dans un jour. Chose remarquable, le flot de sérosité était toujours facile à distinguer du sang des règles. (C'est cette naïveté qui nous fait croire) que le traducteur ne s'est pas retenu. L'auteur a sans doute dit: le flot de sérosité était distinct du sang des règles.)*

La quantité de sérosité évacuée chaque fois était évaluée à 12 onces et même plus... Souvent le liquide paraissait avoir été retenu dans l'utérus, à en juger du moins par sa coloration plus

foncée... Phénomènes dyspeptiques et sympathiques, gonflement des mamelles, amaigrissement.

L'examen direct fit reconnaître que le vagin, le col et le corps de l'utérus étaient à l'état normal. Aucune tumeur n'était sentie à l'hypogastre ni dans les flancs, ni dans l'hypochondre droit dont la malade se plaignait quelquefois, disant que la douleur descendait jusqu'au pli de l'aîne du même côté.

Les voies urinaires étaient en bon état et fonctionnaient régulièrement... D'ailleurs quelques parties du liquide (il avait parfois l'odeur urineuse) soumises à une analyse chimique et microscopique ne présentèrent pas les caractères de l'urine et ne permirent pas de douter que ce liquide ne vint de l'utérus...

M. Colin Mackenzie a publié dans l'*American Journal* le fait suivant :

Une femme de 31 ans, mère de deux enfants, ayant été opérée pour un fibrome, devint enceinte six mois plus tard. Durant les trois premiers mois, elle eut trois écoulements aqueux. Puis l'écoulement devint continu et dura jusqu'à la délivrance, sans que la santé de la femme en fut autrement altérée. Le liquide était abondant, sans couleur et sans odeur. Au moment de l'accouchement, normal du reste, il y eut encore perte d'eau, et de même pendant les deux premiers jours qui suivirent. Il cessa le troisième jour. Lochies normales jusqu'au treizième, puis nouvel écoulement d'eau. Cinq semaines plus tard, il s'écoulait encore de l'eau et un liquide muco-purulent. Tout écoulement cessa alors. Des examens répétés ne firent rien découvrir de pathologique. Plus tard, lorsque la menstruation reparut, elle s'accompagna d'un écoulement aqueux précédant de cinq jours et suivant de six à sept jours les règles. Dans une seconde grossesse les mêmes accidents se reproduisirent, seulement l'écoulement aqueux fut moins abondant.

Ces observations nous paraissent suffisantes pour prouver que le liquide vient des parois de l'utérus. Cependant si de nouveaux faits venaient appuyer celui de Batbedat (sac amnio-chorial) et si, dans de pareils cas,

l'écoulement ne persiste pas après l'accouchement, on pourra se demander si le liquide n'a pas pour source les vaisseaux du fœtus. Dans l'état actuel de la science nous n'avons à discuter que l'origine utérine. Nous l'admettons. Maintenant, il faut préciser davantage.

Le liquide vient-il des glandes ou des vaisseaux ?

I. *Le liquide vient des glandes.*

La caduque utérine offre un aspect très différent suivant l'époque de la grossesse à laquelle on la considère. Pendant les deux premiers mois, elle est épaisse, très vasculaire, couverte de plis nombreux, criblée à sa surface de petits pertuis qui sont les orifices des glandes utérines. Celles-ci ont tellement augmenté de volume, que la caduque paraît formée de tubes rangés les uns à côté des autres et entourés de vaisseaux. Les tubes glandulaires deviennent très longs et par suite sinueux, parce qu'ils croissent plus rapidement que le reste de la muqueuse ; il en résulte une disposition qui a fait comparer les glandes utérines aux glandes sudoripares. A ce travail d'hypertrophie succède un travail d'atrophie. On voit disparaître peu à peu la plupart des vaisseaux. A partir du quatrième mois la caduque s'amincit au point de n'avoir plus qu'un millimètre d'épaisseur au septième mois, et moins encore à la fin de la grossesse. Pendant les derniers mois de la gestation les tubes glandulaires et leurs pertuis ont à peu près disparu dans la couche superficielle et même dans la couche moyenne de la ca-

duque utérine, unie à cette époque à la caduque ovulaire, tandis que la couche profonde conserve des cul-de-sac glandulaires. (Tarnier et Chantreuil.)

M. de Sinéty a trouvé sur des utérus à terme des glandes qui parvenaient jusqu'à la couche superficielle.

Hegar a vu des glandes hypertrophiées sur les membranes de l'œuf de deux femmes qui avaient eu de l'hydrorrhée. La longueur de quelques tubes glandulaires était au moins de 4 à 6 centimètres. Leur apparence était celle des tubes excréteurs des glandes sudoripares. Les vaisseaux étaient riches, abondants, hyperémiés. Cet état anatomique, et en particulier le développement des glandes expliquent l'hydrorrhée. Hegar considère la decidua vera comme un organe de sécrétion fonctionnant pendant toute la grossesse. L'hydrorrhée est une hypersécrétion. Hennig et Retzius l'avaient déjà considérée comme un écoulement catarrhal.

Pour être sûr que le liquide vient des glandes, il faudrait l'avoir examiné, ce qui n'a pas été fait. On doit y trouver des débris d'épithélium cylindrique. De pareilles recherches seront très difficiles. Il faudrait pouvoir prendre le liquide à sa sortie de la glande pour être sûr que des sécrétions d'une provenance différente n'y sont pas mêlées. Cela est impossible. Alors que de discussions, certains auteurs prétendant que tel épithélium n'existe pas dans les glandes de la muqueuse du corps, mais seulement dans celles du col, certains autres soutenant le contraire. On se heurte toujours à l'insuffisance des notions d'anatomie et de physiologie normales.

Notons que la description donnée par Hegar de la muqueuse de ces deux utérus est celle de la muqueuse de tous les utérus gravides dans les premiers mois de la grossesse. Glandes hypertrophiées, flexueuses, vaisseaux abondants. Hyperémie générale.

Or nous ne savons pas quel était l'âge des membranes examinées. L'accouchement, dit-on, a été prématuré; mais l'enfant avait-il sept mois, huit mois, huit mois et demi? Heureusement on a mesuré exactement le placenta. Son diamètre était de 9 centimètres. Nous mettons en doute qu'un placenta de six mois accomplis puisse avoir d'aussi faibles dimensions. A six mois pleins, il est presque aussi grand qu'à terme. Il ne s'agit donc pas d'accouchement prématuré, mais d'avortement.

Notons enfin, que si toutes les femmes qui ont de l'hydrorrhée avaient une caduque telle que la dépeint Hegar (1 centimètre d'épaisseur sur certains points), cette caduque s'en irait par morceaux. C'est, du reste, ce qui est arrivé. Hegar n'a eu à sa disposition que des lambeaux.

Celui qui avait un centimètre d'épaisseur contenait du sang extravasé et on y voyait les orifices des glandes emprisonnées dans le coagulum. Comment se fait-il alors que Nægele, *qui ovi membranas semper indefesso studio perscrutatus est*, n'ait jamais constaté autre chose qu'une cohésion plus forte que de coutume?

« Vous trouverez en Allemagne des travaux plus ou moins clairs », nous écrivait, il y a quelques jours, un professeur fort connu.

En voilà la preuve.

Tel est le résultat, auquel nous a conduit l'analyse du plus réputé, du seul travail anatomo-pathologique qui ait été fait. Sur la foi du nom de Hegar, on est persuadé qu'il existe une hydorrhée catarrhale, une hypersécrétion des glandes. Concluons-nous de l'insuffisance des recherches de Hegar que le coryza utérin (car ce n'est pas autre chose) n'existe pas? Rien ne le prouve. Nous l'avons nous-même admis pour expliquer l'hydorrhée qui survient à six semaines (Hydropérione pathologique). Toutes ces hypothèses d'endométrite séreuse, d'endométrite muqueuse faites par Braun, qui aurait découvert une membrane de néo-formation sur la face convexe du placenta, par Schröder, etc., restent des hypothèses.

II. *Le liquide vient des vaisseaux.*

Il y a deux sortes de vaisseaux, les sanguins, et les lymphatiques.

1°. — *Le liquide est de la sérosité, extravasée des vaisseaux capillaires, déchirés par un décollement de la portion membraneuse de l'œuf.*

Cette idée d'une extravasation, dont Chassinat dit quelques mots, et qu'exprime clairement le professeur Depaul, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, est très rationnelle. Ce qui est difficile, c'est d'expliquer le décollement primitif des membranes. S'il était démontré que l'hydorrhée succède quelquefois à un coup, nous dirions qu'il existe une hydorrhée trauma-

Stapfer.

8

tique, et que, dans ce cas, le liquide a l'origine indiquée par le savant professeur de la Clinique.

2°. — *Le liquide vient des vaisseaux lymphatiques.*

Cette idée, est implicitement sinon explicitement contenue, dans plusieurs auteurs. Seulement ils parlent d'un suintement des vaisseaux en général; il y a défaut d'équilibre entre l'exhalation et la résorption, avait écrit Nægele. Røderer a dit : vaisseau lymphatique rompu. On ne peut s'attendre à plus de précision, puisque les notions scientifiques, sur le système lymphatique utérin, sont toutes récentes. Il n'y a pas longtemps qu'on a décrit ce vaste ganglion lymphatique étalé, ces mille bouches absorbantes et résorbantes, que développent extraordinairement certains états pathologiques tels que les corps fibreux, ou voisins de la pathologie tels que la grossesse.

La lymphe en transsudant décollerait peu à peu les membranes. Nous ne croyons pas à un épanchement de lymphe pure, car celle-ci, est coagulable à l'air libre, et on n'a jamais dit, que le liquide de l'hydrorrhée eut présenté cette particularité. Il faut admettre qu'elle est mélangée à d'autres humeurs venant, soit, des glandes, soit des vaisseaux sanguins, soit de la cavité amniotique, si l'idée que nous avons émise de la possibilité d'une osmose est juste.

C'est, à cette hypothèse d'un exsudat des vaisseaux sanguins et lymphatiques, que se rattache la question d'origine du liquide amniotique.

Les fausses eaux et les vraies eaux ont la même source, avait dit Levret.

On a fait dire à Nægele la même chose; mais il n'a rien écrit de semblable. Nous nous en sommes assurés, avec tout le soin possible. Ce qui nous fait croire que nous ne nous trompons pas, c'est que les Allemands qui citent Nægele, à propos de l'hydrorrhée, ne lui attribuent pas cette idée, qui est celle de divers savants Français, et qu'on peut résumer par cette citation du traité de Joulin : *Il est généralement admis, que le liquide amniotique est fourni à l'œuf, par la paroi utérine, et au moyen d'une espèce d'endosmose. On peut concevoir, que sous l'influence d'un trouble, survenu dans l'intensité de la sécrétion, ou dans le passage des liquides, une partie de ce dernier s'accumule entre l'œuf et la paroi utérine.* Nægele a dit : *litigant adhuc inter se physiologi, utrum liquor amnii, e vasis uteri, an fœtus secernatur.*

Ce que Nægele appelle les vaisseaux du fœtus, ce sont les vaisseaux du chorion. De nos jours, depuis la découverte faite par Jungbluth, sur l'amnios de l'homme, des vaisseaux injectés par Tiedmann sur l'amnios du cheval, le nombre des hypothèses faites sur la source du liquide amniotique a augmenté. L'opinion de Prochownick qui le considère comme un produit de la sécrétion cutanée et rénale du fœtus, complète la série. De sorte qu'actuellement les éclectiques peuvent répéter avec Levret : « c'est notre sentiment, que les eaux de l'amnios viennent de l'utérus, des membranes et des excréments fœtales ».

Nous nous sommes demandés si l'examen du liquide de l'hydrorrhée ne pourrait pas éclairer cette intéres-

sante question. Si l'analyse démontrait qu'il est analogue au liquide amniotique, débarrassé des produits excrémentiels du fœtus, l'opinion éclectique s'affermirait. On peut objecter que le liquide de l'hydrorrhée est un produit de transsudation des eaux de l'amnios. Nous avons dit pourquoi nous n'admettions pas la transsudation; mais nous avons posé la question de l'osmose; si elle est résolue affirmativement, si à l'exsudat utérin primitif peut se mêler un exsudat amniotique, l'analyse sera peu concluante. Ce qui aurait plus de valeur, au point de vue de cette question de l'origine du liquide amniotique, c'est l'examen des écoulements, qui ont persisté après l'accouchement, non pas dans les cas d'hydrorrhée mais dans les cas d'hydramnios. En effet, si les parois utérines laissent écouler un liquide séreux, analogue à l'eau amniotique filtrée, c'est-à-dire, privée des excrétions fœtales qui la troublent, après l'expulsion d'un œuf que l'hydramnios distendait, et sans qu'il y ait eu hydrorrhée pendant la gestation, on pourra avec toute raison dire que, très probablement, l'utérus fournit une portion des eaux de l'amnios. A ce propos, nous devons dire, que nous n'avons trouvé aucun fait démonstratif, d'hydrorrhée compliquée d'hydramnios.

§ III.

LE LIQUIDE VIENt DE LA CAVITÉ DE L'AMNIOs, D'OU IL S'ÉCOULE PAR UNE DÉCHIRURE DES MEMBRANES, QUI SE FAIT AU DESSUS DE L'ORIFICE UTÉRIN.

Chose curieuse, dans les quelques faits de ce genre

que nous avons trouvés, la rupture existait au voisinage du placenta, sous forme d'un trou rond comme si les enveloppes avaient été usées, rongées et non pas déchirées, nous concerne pas. Dans la grande majorité des observations d'hydrorrhée, les membranes examinées ont été trouvées entières. Ingleby, Biering, Grœf, Schweighenhœuser, et tous ceux qui ont décrit sous le nom d'hydrorrhée, des écoulements qui se font par une déchirure des enveloppes ont simplement prouvé, que le terme créé par Nægele, est trop vague. Mieux vaudrait dire *métrorrhée*, à l'exemple de Chassinat.

NATURE DU LIQUIDE.

Elle est très insuffisamment connue, ce qui s'explique par la soudaineté, fréquente, habituelle même, suivant Nægele, de l'écoulement. Le médecin appelé ne trouve que des linges mouillés. Ceux qui l'ont vu, déclarent qu'il est analogue à de la sérosité ascitique. Chassinat l'a trouvé ténu, limpide, transparent, de couleur citrine, roux quand il est mélangé de sang, empesant le linge, ce qui s'explique par la présence d'une quantité plus ou moins considérable d'albumine. Les Allemands l'appellent séro-albumineux, expression qui résume les qualités que nous venons d'énumérer. D'après Chassinat, l'odeur, contrairement à ce que disent les auteurs, qui l'appellent spermatique, serait nulle, toutes les fois qu'on prendrait la précaution, de ne pas recueillir le premier liquide écoulé, qui a nécessairement entraîné avec lui des débris vaginaux et utérins de toutes sortes. La consistance serait celle du liquide amniotique, pour

divers observateurs. La quantité est très variable; elle peut être très grande.

La couleur n'est pas toujours jaunâtre, si l'on en juge d'après un fait constaté par le Dr Gibert (du Havre). L'écoulement était verdâtre, ce qui fit croire à un accouchement prématuré. Il n'en fut rien. La teinte verte disparut. La grossesse poursuit actuellement son cours et les écoulements ont cessé. Il faut savoir que la même femme a eu de l'hydrorrhée pendant sa grossesse précédente, qui dura neuf mois.

La présence de l'albumine, et la transparence de la sérosité, ne doivent pas être considérées comme une preuve, que le liquide de l'hydrorrhée n'est pas du liquide amniotique. Nous avons fait filtrer à travers des membranes, du liquide amniotique, et nous avons obtenu une eau claire, transparente, citrine, l'opération l'ayant débarrassée des produits excrémentitiels du fœtus, qui la troublent et la rendent louche. Cette eau contenait une notable quantité d'albumine qui a formé un coagulum au contact de l'acide nitrique. Les analyses de Prochownick, et celles de Vogt, démontrent du reste, l'exactitude du fait que nous avons constaté. Seulement la proportion est très variable d'un œuf à l'autre. Elle peut manquer. Suivant certains auteurs, elle ne manquerait jamais dans le liquide de l'hydrorrhée. On en doute après lecture de l'observation suivante, qui nous a été obligeamment communiquée par le Dr Charpentier, professeur agrégé.

Madame X..., 24 ans, deuxième grossesse, réglée à 15 ans 1/2

régulièrement. Pas d'antécédents. Mariée à 21 ans; premier enfant à 22 ans. Grossesse régulière, accouchement normal, garçon vivant. Dernières règles le 15 janvier 1876. Les débuts de la grossesse n'ont été marqués que par des vomissements qui ont du reste duré peu de temps. Dans les premiers jours du mois d'août, sans cause connue, madame X..., dont la grossesse n'avait présenté jusque-là d'autres troubles que les vomissements du début que nous avons signalés, se plaint de se sentir mouillée, sans douleurs, sans pertes de sang. Elle ne se préoccupe pas de ce petit accident et continue sa vie habituelle, lorsque le 25 août, à peu près, par conséquent à sept mois de grossesse, elle est prise d'un écoulement d'eau très abondant qui se manifesta le matin au moment où elle se leva. Appelé immédiatement, je constate que les linges qu'on me présente sont fortement imbibés par un liquide qui n'a que très légèrement l'odeur spermatique; ils ne sont pas empesés, pas colorés, il n'y a pas trace de sang. La malade n'accuse aucune douleur, aucun malaise, et j'ai toutes les peines du monde à lui faire comprendre qu'il faut qu'elle garde le repos. L'utérus paraît développé comme à sept mois de grossesse, ce qui correspond bien à l'époque des règles. Le palper qui ne révèle aucune contraction utérine permet de reconnaître la présence d'un fœtus en 0 1 G A. Battements du cœur très nets. Le toucher permet de constater que le col à toute sa longueur, il est légèrement entr'ouvert à l'orifice interne, mais on ne sent pas de liquide couler par l'orifice. Le vagin est très humide. Rien d'autre à noter. L'écoulement se continue lentement pendant trois jours. Au bout de ce temps il cesse à peu près complètement. Pourtant la malade continue à se garnir mais une serviette suffit pendant la journée. Au bout de huit jours, malgré ma défense, la malade se lève; pendant quelques jours rien de nouveau, lorsque le 6 septembre reparaît brusquement un nouvel écoulement de liquide. Cette fois je puis en recueillir dans un verre à peu près la valeur de 2 cuillerées à bouche, à un moment où la malade se lève. Le liquide est sinon clair, du moins très peu trouble. Pas de traces de vernix caséosa. Un léger trouble se produit par l'ébullition. Rien par l'acide nitrique. Quelques contractions utérines. Pas de modifications du col. (Lavement avec 20 gouttes de laudanum à renouveler le soir. Repos au lit.) Sous l'influence de ce traitement, tout rentre dans l'ordre au bout de quarante-huit heures, et l'écoulement d'abord fort abondant se réduit à un simple suin-

tement qui entretient les parties génitales dans un état de constante humidité.

A partir de ce moment, madame X... s'est toujours sentie mouillée jusqu'au 29 du mois d'octobre où elle accoucha facilement d'une fille bien conformée, pesant 3,200 grammes. Les seuls phénomènes à noter sont par moment la recrudescence de l'écoulement et l'apparition de quelques contractions qui cèdent à l'usage des lavements laudanisés. La malade a conservé le repos jusqu'au dernier moment et est arrivée ainsi à son terme.

L'accouchement n'a rien présenté de particulier. La poche des eaux s'est formée régulièrement. Peu volumineuse elle a été rompue par moi au moment où la dilatation a été presque complète.

L'expulsion du fœtus s'est faite une heure après cette rupture. Le délivre examiné avec soin n'a rien présenté de particulier. Il m'a été impossible de trouver sur les membranes aucune autre ouverture que celle qui correspondait au col et qui a été pratiquée par moi-même. Suites de couches normales.

Nous ferons remarquer que les linges n'étaient pas empestés, ce qui confirme ce que nous avons dit, que la raideur des taches, plus ou moins visibles, laissées par le liquide sur les draps est probablement due à l'albumine. Rien n'empêche mieux que le blanc d'œuf. On pourrait estimer, approximativement, la quantité d'albumine d'un liquide, par la rigidité des linges qui y seraient trempés.

On se rappelle le fait cité par Gomes. Lui, non plus, ne trouva point d'albumine dans le liquide. Voici son analyse chimique et microscopique. Notons que l'humour analysée est celle qui s'écoulait après la parturition, et qu'elle fut faite surtout au point de vue du diagnostic différentiel d'avec les urines.

Réaction acide prononcée (*le liquide amniotique est neutre suivant les auteurs, mais les produits excrémentitiels ne peuvent-ils pas être*

la cause de cette neutralité?). Détritus d'épithélium abondants. Point de coagulum, ni par la chaleur, ni par l'acide. Après l'avoir fait réduire par l'évaporation, on y découvrit des cristaux de chlorure de soude. Point de nitrate d'urée. Sous l'influence d'une petite quantité d'acide chlorhydrique, il ne se forma pas, même douze heures après le mélange, de cristaux d'acide urique, comme il arrive pour l'urine traitée de la même manière. Quelques gouttes d'ammoniaque liquide, firent paraître immédiatement, sur le champ du microscope des cristaux de phosphate ammoniacal-magnésien.

TROISIÈME PARTIE

EXPOSÉ DES FAITS CLINIQUES.

Fréquence. — Signes. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Nous ne sommes pas encore en mesure de donner une définition. Pour y arriver et pour poser nos conclusions, nous allons faire, toujours à l'aide des observations, un exposé des faits cliniques, c'est-à-dire, de la fréquence, des signes, du diagnostic, du pronostic et du traitement de l'hydrorrhée.

FRÉQUENCE.

Rara sunt hæc effluvia, a écrit Geil, au commencement de sa thèse; mais à la page 11, il dit que le professeur d'Heidelberg a observé l'hydrorrhée, très souvent (sæpissime) en vingt années de pratique. Ceci n'est probablement qu'une flatterie à l'adresse de Nægele, *preceptor plurimum colendus*. Nous croyons qu'il

faut s'en tenir à la première opinion, et que le savant allemand, n'a pas eu des occasions très fréquentes, de voir ces écoulements, puisqu'il n'a pu fournir que quatre observations à son élève.

Mauriceau a laissé dans ses ouvrages, dix exemples d'hydrorrhée. Nous avons vu qu'ils lui semblèrent à lui-même contestables, et qu'ayant découvert un jour, une déchirure sur le segment supérieur de l'œuf, il se repentit d'avoir cru à l'hydropisie de matrice.

Nous avons pu réunir, pour notre thèse, environ soixante-dix observations. La première date de 1648; presque toutes sont du XVIII^e siècle; beaucoup sont incomplètes ou contestables.

Les professeurs et docteurs, qui ont eu l'obligeance de nous écrire, nous ont déclaré, ou qu'ils n'avaient pas vu d'hydrorrhée, ou qu'ils en avaient vu deux ou trois cas, et cela en quinze, vingt, vingt-cinq années de pratique. Quelques-uns mêmes, imitant en cela Mauriceau, doutaient d'eux-mêmes.

Le professeur Depaul nous en a cité quatre exemples, les seuls qui se soient offerts à lui, en ville ou à l'hôpital, depuis qu'il exerce.

De ce que nous venons de dire, il faut conclure deux choses : ou bien l'hydrorrhée est un phénomène rare, ou bien il est rare que le médecin puisse la constater. Cette dernière proposition est soutenable; mais nous croyons à la rareté absolue du phénomène.

L'hydrorrhée a été observée ordinairement chez des multipares. Scanzoni l'a vue chez une primipare. Kiwisch ne l'a constatée que chez des multipares. Cela ne signifie pas grand'chose, puisque cet accident est une curiosité

scientifique, que beaucoup d'accoucheurs n'ont jamais pu voir. Nos recherches nous persuadent que la primiparité n'est pas une exception. Nous ne discuterons pas la prédominance de la multiparité. Cela nous semblerait puéril. Quand on n'a entre les mains que soixante-dix observations, dont plusieurs incomplètes, on ne fait pas une statistique de ce genre. Il ne faut pas oublier qu'il y a plus de multipares que de primipares. Il est donc naturel, que l'hydrorrhée ait été constatée ordinairement chez les premières.

Nous en dirons autant, pour ce qui est de l'époque de l'apparition de ces écoulements. Pour Scanzoni, ils n'ont jamais lieu avant le septième mois. Nous avons vu que cette opinion est trop absolue. Le fait est que, suivant la juste appréciation de Nægele, ils sont d'autant moins rares que la grossesse est plus voisine du terme.

SIGNES.

Il est une forme d'hydrorrhée qu'on pourrait appeler hydrorrhée-type. Nous entendons par là celle qui a été décrite par Nægele et dont la physionomie est si bien expliquée par l'autopsie de Duclos.

Une femme, après le sixième mois de sa grossesse, perd subitement, à diverses reprises, un jet de liquide transparent, incolore, tachant peu le linge, l'empesant, analogue à de la sérosité ascitique, donnant un précipité albumineux plus ou moins abondant, et auquel succède un suintement plus ou moins apparent, plus ou moins prolongé. Tout cela, sans prodromes, et sans con-

contractions utérines douloureuses. L'accouchement se fait à terme. Le fœtus est bien portant. *Les membranes* sont intactes, adhérentes, opaques en un, deux, ou trois endroits. Les quatre faits dont le savant professeur de la Clinique a bien voulu nous donner communication orale, nous paraissent être des faits d'hydrorrhée-type. Nous répéterions ce que nous venons de dire en les reproduisant. Cependant l'une des femmes accoucha prématurément. Il n'y eut pas de suintement.

L'hydrorrhée, bien entendu, n'échappe pas à la loi générale ; elle n'est pas toujours semblable à elle-même, et les phénomènes qui l'accompagnent, ne se ressemblent pas toujours. Ce sont ces variantes que nous allons passer en revue.

Signes locaux. — Habituellement les prodromes font défaut. C'est dans le calme absolu, souvent, seulement pendant le sommeil, à la façon des hémorrhagies dites silencieuses qui signalent les insertions vicieuses du placenta, que l'hydrorrhée paraît. La femme se sent mouillée. D'autres fois, le ventre grossit avant l'écoulement. La femme est plus fatiguée. Survient des contractions utérines douloureuses, et un jet de liquide s'échappe par la vulve. Aussitôt la douleur cesse. Le ventre se détend et diminue. La femme est soulagée.

Geil proteste contre cette idée d'une augmentation de volume du ventre. Si elle existe, dit-il, elle est bien exceptionnelle. On a eu tort de la considérer comme fréquente. Le médecin qui se figurerait que ce signe est constant, courrait risque, ne l'ayant constaté ni par

les commémoratifs, ni par l'examen, d'être persuadé que la femme a perdu les eaux de l'amnios, et pourrait avoir la pensée de hâter l'accouchement pour sauver l'enfant. Je puis vous en citer un triste exemple, que mon excellent maître m'a raconté : un chirurgien, ou plutôt un barbier, exerçant assez mal l'art de l'obstétrique, mais autorisé par la loi, appelé auprès d'une femme qui avait perdu de l'eau cinq semaines avant terme, força l'orifice utérin qui était fermé, et, d'une main audacieuse et malfaisante, retourna le fœtus par les pieds et le tira dehors. Il faut dire qu'un médecin appelé en consultation l'appuyait de son autorité. La mort de l'enfant et celle de la mère, furent la conséquence de cette intervention violente et inutile.

Depuis les découvertes anatomo-pathologiques de Hegar, sur l'hypersécrétion glandulaire, plusieurs auteurs admettent l'augmentation de volume du ventre. Elle caractériserait, pour Græfe, la forme catarrhale de l'hydrorrhée, tandis que dans la forme traumatique l'utérus resterait plutôt au-dessous de la normale. Nous ne pouvons admettre ce caractère distinctif, que justifie l'idée de Græf sur l'hydrorrhée traumatique. Il appelle ainsi l'écoulement causé par une rupture prématurée des membranes au-dessus de l'orifice utérin. Nous avons dit que nous n'acceptons pas cette manière de voir ; mais, qu'il y ait lieu ou non de distinguer cliniquement plusieurs formes d'hydrorrhée, ce que nous ne pouvons faire, quant à présent, à l'aide de ce que nous savons, l'augmentation de volume du ventre a été constatée. En voici un exemple (résumé) que nous empruntons à Chassinat. (Obs. LI.)

Elisabeth L... 28 ans, a eu au 4^e mois de sa sixième grossesse, une perte de sang qui dura six semaines. Dans le courant du septième mois elle entre à la Clinique pour des douleurs lombaires, hypogastriques, inguinales qu'augmentaient la marche et la station debout. Un mois après, sans cause connue alors que la malade avait recouvré un peu de tranquillité, de vives coliques la surprennent. Un instant après un flot de liquide limpide s'échappe de la vulve; l'écoulement dure trois heures. Elle constate que son ventre a diminué de volume. Six jours après, flot considérable accompagné de vives douleurs. L'écoulement continue les jours suivants, puis se ralentit et ne revient plus que pendant la marche ou le mouvement au lit. Les douleurs reparurent neuf jours plus tard. Un peu de sang se mêle au liquide séreux qui coulait par la vulve. Le lendemain le ventre devint très volumineux et après une vive douleur, un énorme flot de liquide s'échappa de la vulve. Affaissement subit du ventre. Accouchement deux jours après. Poche des eaux formée. Enfant bien portant. Membranes intactes.

L'écoulement est le plus souvent subit et se fait par jet. D'autres fois, il coule goutte à goutte, ou suinte. S'il n'y a pas eu de jet, de flot primitif, nous sommes d'avis qu'il faut faire un examen complet avant de décider que le liquide sorte de l'utérus. Nous reviendrons sur cette question au chapitre du diagnostic.

La perte peut n'avoir lieu qu'une fois, puis tout rentrer dans l'ordre.

Dans d'autres occasions elle se renouvelle, à intervalles plus ou moins éloignés. Chose curieuse, on l'a vue prendre le type cataménial. Nous en avons cité un exemple.

La quantité de sérosité évacuée est plus ou moins grande. Si le plus souvent elle varie de 50 à 250 grammes, quelquefois un seul jet est assez considérable pour en fournir de 500 à 1,000 grammes.

Ainsi se trouvent expliquées les constatations faites par Duclos, dans son autopsie. Une poche se vide, puis une seconde, puis une troisième; ou bien, la même poche se vide, puis se remplit, puis se vide de nouveau; ou bien, une fois vidée et aplatie, ses parois, c'est-à-dire les membranes et l'utérus adhèrent; l'exsudation qui remplissait la poche ne peut plus avoir lieu. Tout se borne à un écoulement. Ou bien encore, l'adhérence ne se fait nulle part, pas même au niveau de l'orifice; les parois continuent à sécréter, le liquide s'écoule au fur et à mesure qu'il est produit.

Nægele a vu l'écoulement durer pendant 13 semaines, jusqu'à la vingt-deuxième heure avant l'accouchement, chez une femme rhumatisante, ce qu'il considère comme une prédisposition. Cette même femme, pendant une grossesse suivante, perdit de nouveau. Cette fois l'écoulement se fit par jets. Trois flots dans l'espace de quatorze jours. Nous avons vu, dans la première observation de Retzius, une toux rhumatismale céder au moment de l'apparition de l'hydrorrhée.

Comme exemple d'une abondance sinon excessive du moins très grande de l'écoulement, nous citerons le fait suivant, dont nous devons communication à l'obligeance de M. le D^r Gibert (du Havre).

M^{me} X... a fait trois fausses couches entre trois et six mois. La quatrième grossesse, au cinquième mois, menace de se terminer comme les précédentes. Une nuit la malade se sent baignée d'eau et me fait appeler le matin. Je constate en effet que le drap de lit est trempé, et je ne doute pas un instant que les membranes ne soient rompues. Pas de douleurs cependant. Dans la journée rien.

La nuit suivante, même évènement. L'écoulement se faisait par saccades.

Au toucher, je constate un état singulier du col. Les deux lèvres sont renversées de manière à donner au doigt la sensation d'un développement hypertrophique de chacune d'elles. Au spéculum je ne puis arriver à faire entrer les deux lèvres dans le fond de l'instrument même le plus gros.

L'écoulement nocturne continue, mais au bout de peu de jours ne se fait plus par saccades. Il est continu et la malade est sans cesse baignée; en très peu d'instant les linges sont trempés.

J'ai calculé que la quantité de liquide perdue dans les vingt-quatre heures est de 100 à 150 grammes. Les linges sont peu tachés comme si on les trempait dans de l'eau très légèrement jaunâtre; sans odeur quand on les retire fréquemment. Rien qui ressemble à la leucorrhée. Rien qui ressemble au pus. C'est de l'eau claire très légèrement opaline.

Le liquide fut sécrété avec cette abondance excessive pendant trois mois.

M^{me} X... accoucha à huit mois d'un enfant qui a vécu. La poche des eaux se ferma. Ni les membranes ni le placenta ne présentaient rien d'anormal.

125 grammes par jour, en moyenne, pendant trois mois. Cela fait 11,250 grammes.

Nægele a dit : *liquoris quantitas, interdum intantam copiam accrescit ut planè incredibile videatur.*

Si la femme effrayée fait appeler le médecin, voici ce que celui-ci constate : si l'écoulement n'est pas tout à fait récent, on ne présente au médecin que des linges en apparence propres et non tachés; mais en regardant avec attention, il trouve un liséré jaunâtre, irrégulier qui marque l'endroit où l'imbibition cessait. Tandis que le reste du linge est plus ou moins souple, tout se qui se trouve en dedans du liséré est raide et empesé.

La femme ne se plaint nullement, elle est déjà remise de son émotion, et à moitié rassurée par l'absence de toute douleur. Ni la vue, ni le palper, ni le toucher ne révèlent rien de particulier. Il y a des exceptions, mais les choses se passent ainsi *en général*.

Voilà pourquoi le liquide n'a pas encore été suffisamment étudié. Voilà ce qui fait que beaucoup de médecins doutent de l'existence de ces écoulements. Voilà enfin ce qui donnerait à penser que l'hydrorrhée n'est peut-être pas aussi rare que les auteurs l'ont faite.

Examinons maintenant les variantes que le praticien observera.

D'abord, la femme n'est pas toujours surprise. Un léger suintement précède le flot. Elle croit qu'elle a besoin d'uriner. A ce moment, peut-être sous l'influence d'un effort, la contraction utérine indolore, ou douloureuse, survient. Un jet liquide jaune clair, transparent, analogue à de la sérosité ascitique fait irruption au dehors.

Notons que ce liquide peut être légèrement troublé par les corps étrangers, les débris qu'il emporte sur son passage; mais la limpidité est de règle. Ce qui manque souvent, c'est la couleur citrine. Très fréquemment il est roux, c'est-à-dire teinté de sang et l'on comprend qu'on ait constaté toutes les nuances, depuis le rose pâle jusqu'à la teinte brune. Dans ce dernier cas la transparence fait parfois défaut.

C'est dans ces circonstances que la question d'une origine traumatique se pose. Que des vaisseaux capil-

lares se rompent et laissent échapper d'abord du sang pur et ensuite du sérum, qu'en un mot l'explication proposée par le professeur Depaul soit exacte, rien n'est plus plausible.

Marie, âgée de 22 ans, petite, brune, bonne constitution, grasse, enceinte pour la première fois, s'était bien portée jusqu'au quatrième mois de sa grossesse. A cette époque, elle fit une chute sur le siège; une heure après, elle rendit, par les parties génitales, un verre environ d'un liquide clair, ténu et de couleur roussâtre. L'excrétion de ce liquide ne fut précédée, accompagnée ni suivie d'aucune douleur. La perte ne se renouvela plus. Accouchement à terme. Poche des eaux formée. Enfant bien portant. (Chassinat.) Obs. XLV.

Nous avons eu sous les yeux deux ou trois autres exemples, mais moins nets que celui-là. Si d'autres faits bien observés étaient analogues, nous croirions que nous ne nous sommes pas trompés en posant la question de l'existence d'une hydorrhée traumatique.

Naturellement, la couleur roussâtre ne saurait être considérée comme le signe pathognomonique de cette forme spéciale, car on l'a constatée lorsque les pertes ont été multiples et sont survenues sans cause apparente, tantôt brusquement, tantôt goutte à goutte ou par des suintements plus ou moins prolongés, c'est-à-dire dans cette forme catarrhale dont l'existence est possible, mais ne saurait être regardée comme démontrée par les recherches de Hegar.

On a vu un écoulement de sang pur précéder l'écoulement de sérosité, et se prolonger un certain temps avant l'apparition de l'hydorrhée proprement dite. Nous avons reçu communication orale de deux faits de

ce genre; Geil et Chassinat en ont rapporté plusieurs. Nous en avons cité un. Nous en citerons un autre qui nous a été communiqué par M. Tarnier. Dans les deux faits qui nous ont été racontés, l'hydrorrhée survint au quatrième mois de la grossesse. On conçoit qu'à l'époque où les connexions vasculaires de l'œuf avec l'utérus sont très étendues, la rupture des vaisseaux, qui est le résultat du décollement, ait des conséquences qu'elle n'a pas toujours à la fin de la gestation.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit des qualités chimiques et microscopiques du liquide.

Le Dr Charpentier a constaté une fois par le toucher un phénomène très curieux, propre à mettre en déroute la sagacité du médecin. Nous le décrirons au chapitre diagnostic.

Signes généraux. — Habituellement ils sont nuls. On a signalé l'œdème général ou limité aux membres inférieurs, et voilà pourquoi certains auteurs ont cru que l'hydrorrhée avait pour source une infiltration des parois utérines. Dans trois ou quatre observations où cet œdème concomitant est indiqué, on dit que les femmes avaient des épistaxis, des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue. Il ne manque que la douleur épigastrique pour que le tableau soit complet. Ces femmes étaient des albuminuriques en puissance d'éclampsie. En outre elles avaient un écoulement d'eau; mais il n'y a pas de lien probable entre ces deux symptômes, œdème et hydrorrhée.

En somme, lorsqu'il y a réaction sur l'organisme général, cette réaction se borne ordinairement à des ma-

laisses, qui ne diffèrent pas de ceux qu'on constate dans le cours de presque toutes les grossesses et à l'approche de l'expulsion du produit de conception.

DIAGNOSTIC.

Lorsqu'une femme perd tout à coup de l'eau pendant le cours d'une grossesse, le médecin se demande : *D'où vient cette eau? Vient-elle de l'œuf?* Question grave, dont la solution affirmative entraîne, presque toujours le pronostic de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

Supposons d'abord que la perte d'eau survienne dans les trois premiers mois de la gestation. Peut-on, à cette époque, savoir, par l'examen du liquide, s'il était contenu dans l'œuf? Si cela est, ce liquide vient, suivant l'âge du produit de conception, de la cavité amnio-choriale ou de la cavité amniotique. Nous ne savons pas quelle est la composition du liquide amnio-chorial. La réponse est donc claire. Quant au liquide amniotique, il ne présente à ce moment de la gestation aucun caractère spécial. Il est limpide, plus ou moins jaunâtre, plus ou moins albumineux et transparent, à moins que l'embryon ne s'y soit dissous.

Par conséquent l'examen est inutile. D'ailleurs l'accoucheur n'aura le plus souvent sous les yeux qu'un linge mouillé, une tache humide, grande comme la paume de la main. Est-il donc obligé d'attendre les événements pour se prononcer? Cela est plus prudent, mais il y a un ensemble de signes qui mènent à des conclusions probables, à défaut de conclusions certaines.

Il est douteux que l'œuf se rompe sans que l'avortement se fasse, et, de règle, il n'y a point d'avortement sans hémorrhagie ni douleur. Si ni l'une ni l'autre n'existe, si l'accoucheur constate tous les signes négatifs, il pourrât très légitimement se dire que le liquide ne vient pas de l'œuf. Alors d'où vient-il? Il ne faut pas conclure immédiatement qu'il vient de la cavité utérine, de l'espace qui sépare les deux caduques. L'hydorrhée est rare dans les premiers temps de la grossesse.

Trois suppositions vraisemblables se présentent immédiatement à l'esprit. Etudions-les par ordre.

1° *Le liquide vient de la vessie.* — Nous n'admettons que l'idée d'une incontinence d'urine passagère, exceptionnelle, facilitée par l'état de grossesse, ou par une trop grande réplétion du réservoir, et déterminée par une secousse brusque du corps, telle que la toux ou un éclat de rire. Une odeur urineuse légère ne saurait suffire au diagnostic. Nous avons vu dans l'observation de Gomes, que l'odeur du liquide avait fait penser qu'il était sécrété par les reins. Nous ne voulons signaler que les conditions qui rendent le médecin perplexe. Presque toujours, l'origine vésicale sera aisément reconnue.

2° *Le liquide vient de la vulve.* — L'hypersécrétion des glandes vulvo-vaginales, peut être confondue avec l'écoulement prématuré du liquide amniotique (M. Duncan, Barnes), et par conséquent avec l'hydorrhée. Cette hypersécrétion, avec excrétion brusque, due à un spasme

du constricteur du vagin, constitue la pollution nocturne des femmes.

Le même phénomène pourrait avoir lieu lorsque l'orifice du canal excréteur étant oblitéré, la glande est devenue kystique. Ces tumeurs sont généralement indolentes (de Sinéty). Elles passent souvent inaperçues. On conçoit que, sous l'influence d'un rapprochement sexuel, le canal puisse se déboucher, la tumeur étant comprimée entre la verge et le constricteur. Alors, *le liquide clair, transparent*, produit normal de la glande, est chassé en jet. La quantité est assez grande pour faire une ou plusieurs taches très appréciables, aussi grandes assurément que celles qui seraient faites par l'écoulement de ce que nous avons appelé l'hydropérione pathologique.

3° *Le liquide vient du vagin.* — C'est l'opinion de Retzius, que presque toutes les hydorrhées des premiers mois sont causées par l'hypersécrétion de la muqueuse vaginale, accompagnée de celle des glandes de Bartholin. Il fait une description du vagin d'une femme qui avait une de ces prétendues hydorrhées. *Les follicules sont enflés et leurs orifices proéminents comme des grains de mil.* La description est, comme on en peut juger, celle de la vaginite granuleuse. Voilà, suivant Retzius, ce que Kiwisch, qui croit à la fréquence de l'hydorrhée, dans les premiers mois, aurait constaté s'il avait pris la peine d'examiner toutes les femmes. Lui, Retzius, pense qu'il est très rare que la sécrétion soit fournie par l'utérus. Il se fonde sur des examens au spéculum qui lui auraient fait voir la cavité cervicale complètement

oblitérée par le bouchon gélatineux. On se demande de quelle façon il s'y est pris pour constater avec le spéculum cette oblitération complète. Scanzoni est aussi incrédule que Retzius.

La leucorrhée vaginale, si abondante dans la vaginite granuleuse, n'est pas un écoulement de liquide transparent, mais de mucosités plus ou moins épaisses, blanches, jaunes ou verdâtres, et opaques. Du reste, même en admettant l'existence de cette variété de vaginite, découverte par Winckel chez les femmes enceintes, et caractérisée par la présence d'un liquide séreux, dans les granulations, l'écoulement ne se fera jamais par saccades, et pourra être ainsi distingué de l'hydrorrhée.

De plus, l'on sait depuis les travaux de Kölliker, de Frey, de Robin, de Pouchet et de de Sinéty, que la muqueuse du vagin ne possède pas de glandes excepté vers l'orifice vulvaire.

Outre les granulations kystiques de Winckel, qui ne nous semblent pas pouvoir être prises en considération, il y a des kystes superficiels du vagin, relativement volumineux qui contiennent un liquide plus ou moins filant, ordinairement incolore.

Eustache les a considérés comme de petits myxomes. Voilà bien ces hydatides du voisinage de l'utérus, indiqués par certains auteurs du XVIII^e siècle et même du XIX^e comme la source possible des fausses eaux. Leur paroi est mince et transparente. Leur volume est quelquefois celui d'une noisette.

L'écoulement causé par la rupture d'un de ces kystes, a pu être pris pour de l'hydrorrhée, car celle-ci survient

souvent sans contractions utérines douloureuses, et peut ne se montrer qu'une fois.

Telles sont les questions que l'accoucheur se pose et dont il doit chercher la solution. Une quatrième supposition pourrait être faite. Le liquide vient du col de l'utérus. Elle est plus hypothétique que les précédentes : car si les glandes du corps de l'organe gestateur sécrètent un liquide presque séreux, les glandes du col dites caliciformes, analogues à celles qui existent dans la portion d'oviducte des oiseaux et des reptiles, où se forme le blanc des œufs, sécrètent un liquide gélatineux très albumineux constituant le bouchon de l'utérus gravis. Il est douteux que ce liquide puisse changer de caractère au point de devenir transparent, comme de l'eau. L'idée de Burns, qui voulait que l'hydrorrhée provint quelquefois de la cavité du col n'est pas soutenable.

En somme un examen complet devra être soigneusement fait avant d'admettre la possibilité d'une *métrorrhée*, toutes les fois que l'accoucheur n'aura pas d'autres signes que ceux indiqués plus haut, c'est-à-dire une cuillerée de liquide transparent, ou, moins encore, une tache humide, ou un fragment de linge empesté.

Heureusement, on n'a pas toujours une aussi grande pé... e de signes. A l'exception, on pourra en avoir surabondance : écoulement saccadé, se renouvelant, chaque jet étant précédé d'une contraction utérine douloureuse et suivi d'une sensation de soulagement. Liquide analogue à de la sérosité. Nous disons surabondance, parce que même s'ils ne sont pas tous réunis, le

diagnostic est encore possible. C'est ainsi que dans la première note de M. Tarnier, relatée dans notre examen critique, la douleur expulsive, et le calme qui a succédé à l'écoulement, plaident en faveur de la réalité d'une *métrorrhée*.

La répétition de l'écoulement est un signe meilleur encore, et nous douterions de l'existence de l'hydrorrhée dans les premières semaines de la grossesse, si cette répétition n'était pas constatée dans le second fait que nous devons à l'obligeance du chirurgien en chef de la Maternité.

M^{me} X..., âgée de 34 ans, mère de deux enfants et d'une santé habituellement faible, est atteinte depuis plusieurs années d'une métrite catarrhale qui a nécessité plusieurs cautérisations au nitrate d'argent. Dans les derniers jours de mars 1878, M^{me} X... commence une troisième grossesse. Les cautérisations sont encore pratiquées une ou deux fois pendant le premier mois de la grossesse, dont rien ne pouvait faire soupçonner l'existence.

Vers la fin du premier mois de cette dernière grossesse, malaise général assez prononcé; inquiétude; douleurs dans le bas-ventre et dans les lombes; tendance à la syncope; nausées sans vomissements; selles plus nombreuses et plus molles qu'à l'ordinaire.

Dans le cours de la cinquième semaine, survient tout à coup un écoulement aqueux par la vulve. A cette première perte de liquide, dont la quantité peut être évaluée au contenu d'une forte cuillerée à bouche, en succèdent d'autres analogues, qui surviennent à des intervalles très irréguliers, d'une manière brusque et imprévue. On en compte deux, trois, quatre par semaine, parfois plusieurs dans la même journée. La position prise au moment de la toilette a paru quelquefois les provoquer. Le liquide expulsé était clair et limpide comme de l'eau; on put en recueillir quelques gouttes et l'examiner au microscope qui ne révéla que des caractères négatifs.

Ces pertes ont persisté jusqu'à la fin d'août; puis, après avoir

disparu, à peu près complètement, en septembre et octobre, elles ont reparu en novembre et décembre (deux derniers mois de la grossesse). A cette époque, elles ont été un peu moins fréquentes qu'au début; mais chaque fois, beaucoup plus abondantes.

Cette troisième grossesse, qui s'est d'ailleurs bien terminée, a été, surtout pendant les trois ou quatre premiers mois, beaucoup plus pénible que les précédentes. Accouchement le 29 décembre 1878 d'un enfant bien portant. Rien de particulier au placenta ni aux membranes.

Remarquons que des signes d'avortement ont précédé l'apparition de l'écoulement. Quelquefois, ils l'accompagnent, et persistent après lui. Ces signes ne se bornent pas toujours à des douleurs, à des malaises, à une tendance aux syncopes. L'hémorrhagie peut se montrer, précédant les pertes d'eau, de plus ou moins loin. On l'a vue se prolonger pendant plusieurs semaines, à une époque où il ne saurait être question d'insertion vicieuse du placenta. Du reste, les femmes étant accouchées, on a constaté que le placenta n'était pas greffé au voisinage du col. On voit combien de temps la question de l'avortement peut rester insoluble. Pour juger, il faut attendre les événements, et ils ne se précipitent pas.

Elisabeth L... qui fait le sujet d'une observation de Chassinat que nous avons citée, eut, deux ou trois mois avant l'apparition de l'hydrorrhée, qui survint à sept mois environ, une perte de sang, qui dura six semaines, avec des alternatives de plus ou moins grande abondance.

Troisième note de M. le Dr Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité.

Madame X..., 23 ans, a eu un enfant il y a deux ans. Bien réglée d'ordinaire, elle eut ses règles pour la dernière fois au commencement du mois de janvier 1880. Tout marchait régulièrement lorsque, le 17 mars, survint une hémorrhagie utérine abondante qui fit croire à la probabilité d'une fausse couche. Pendant deux mois l'écoulement sanguin se renouvela fréquemment sans jamais présenter l'abondance de la première hémorrhagie. Sans la persistance de ces pertes, la santé eut été parfaite.

A partir du 1^{er} juin, le sang disparut, mais madame X... se plaignit d'éprouver dans le ventre de fréquentes douleurs, et presque toutes les nuits, quelquefois même pendant le jour, elle perd subitement une quantité d'eau qu'elle évalue au contenu d'une grande tasse. Au flot principal succède un suintement qui disparaît après quelques heures. Le liquide évacué est un peu sirupeux, quelquefois teinté en rose.

Le 17 juin, jour de ma dernière visite, les pertes d'eau dont il est question continuent à se produire. L'utérus remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les mouvements de l'enfant sont perçus par la mère et entendus au moyen du stéthoscope. Le col est très notablement ramolli; sa longueur est normale et rien ne fait prévoir une fausse couche.

Ainsi, la question de l'avortement est restée en suspens durant deux mois et plus.

Le sixième mois passé, un autre signe extrêmement curieux, peut tromper le médecin. Le col s'efface, sans contractions utérines douloureuses. Est-ce qu'il se reforme? Nous ne saurions le dire. Nous n'avons qu'une seule observation dans laquelle ce phénomène ait été constaté. C'est au Dr Charpentier que nous la devons. Le col resta effacé pendant vingt jours, au bout desquels le travail se fit, à terme.

Le Dr Charrier a donné, à la reformation, du col le

nom très juste de rétrocession du travail, et a décrit cette rétrocession comme ayant eu lieu après des phénomènes d'hydrorrhée. Il cite quatre faits. Le premier et le quatrième nous apprennent que la femme ne perdit que des *glaires*; le second et le troisième que l'*orifice* était dilaté comme une pièce de cinq francs et que les membranes bombaient lorsque la femme perdit à peu près un verre de liquide. Ni avant ni après ce faux travail il n'y eut le moindre écoulement. Nous concluons que ces quatre faits ne sont pas des faits d'hydrorrhée. Dans le premier et le quatrième cas, il y eut écoulement de mucus gélatineux, ce qui est de règle au début du travail, qu'il soit vrai ou qu'il soit faux. Dans le second et le troisième cas, un large segment des membranes étant à nu, et le chorion l'étant, comme il arrive assez souvent, séparé de l'amnios, il y eut, sous l'influence de la contraction utérine agissant à la manière d'un piston, transsudation du liquide amniotique, qui s'accumula entre le chorion et l'amnios. C'est la rupture de cette poche amnio-choriale qui causa l'écoulement. Ce n'était pas de l'hydrorrhée.

Voici le fait qui nous a été communiqué par le Dr Charpentier.

Madame G..., 22 ans, grande, blonde, mince. Régée à 16 ans, primipare. Dernières règles le 24 juillet 1879. Grossesse normale. Pas de vomissements. Prurit vulvaire pendant les premiers mois. Il cède à des lotions d'une solution légère de sublimé. Le 17 avril, dans la nuit, écoulement abondant d'un liquide clair, séreux, n'empesant pas le linge, sans traces de sang. Pas de contractions utérines douloureuses. Etat général parfait. Appelé le matin, je constate une présentation en O. I. G. A. Tête engagée, le col effacé, mais fermé. Le vagin est très humide, et il s'écoule, par la vulve, goutte à goutte

une certaine quantité de liquide qui n'a pu être recueilli en quantité suffisante pour être examiné. Repos au lit. Lavement avec 20 gouttes de laudanum, pendant quatre jours; l'écoulement continue ainsi, puis tout s'arrête. Le 1^{er} mai, j'examine la malade; mêmes résultats au palper, O. I. G. A. Battements du cœur très nets. Le col reste dans le même état. Pas de contractions utérines douloureuses. Pas d'écoulement. Tête profondément engagée. La malade reprend sa vie habituelle.

Le 7 mai, dans la nuit, apparition des premières douleurs, une heure du matin, le travail marche régulièrement. Rupture spontanée des membranes à 8 heures 1/4. Terminaison naturelle à midi 1/2. Fille 3,500 grammes. Le délivre et les membranes examinés avec soin ne présentent rien de particulier.

Le 10. Montée du lait. Apyrexie. Etat général et local très satisfaisant.

On voit que pour cette femme la période du travail que Millot a appelée le *temps secret de l'accouchement*, a duré vingt jours.

Nous avons vu que le diagnostic, entre l'écoulement des eaux contenues dans l'œuf et l'hydrorrhée, par l'examen du liquide, n'était pas possible au début de la grossesse. Peut-il être fait dans les derniers mois, ou, pour être plus exact, dès que les sécrétions et les excrétions du fœtus sont assez grandes pour modifier le principe des eaux de l'amnios, qui est une sérosité claire et citrine, analogue aux descriptions que les auteurs ont données du liquide de l'hydrorrhée?

On a dit que le liquide amniotique ne contenait que des traces légères d'albumine. L'expérience que nous avons faite, et qui est citée dans notre examen critique, prouve qu'on peut obtenir par les réactifs acides un coagulum. Les analyses de Prochnowick et de Vogt,

démontrent que l'albumine existe en quantité variable dans les eaux de l'amnios.

On a dit que le liquide de l'hydrorrhée était toujours albumineux. Nous avons vu que cette proposition était trop absolue.

On a dit que le liquide amniotique était toujours louche, trouble. Il reste quelquefois clair jusqu'au terme de la grossesse. Le degré d'opalescence dépend en général de la quantité de vernix caseosa qui couvre le corps du fœtus. Aux enfants propres, les eaux claires.

Si le liquide amniotique était toujours trouble, cette particularité serait peut-être un signe infaillible de diagnostic, car, dans toutes les observations que nous avons lues, la limpidité du liquide de l'hydrorrhée était signalée. A défaut d'être ce signe infaillible, l'opalescence est un signe de grande probabilité.

Le liquide amniotique et le liquide de l'hydrorrhée ont habituellement, la même consistance, et la même odeur spermatique. Cependant on a constaté que l'odeur était nulle, si l'on retirait les linges aussitôt qu'ils étaient mouillés, et si l'on examinait, non pas le premier flot expulsé, qui entraîne souvent avec lui des débris de toutes sortes, mais le liquide fourni par le suintement qui, souvent, suit ce premier flot.

Le liquide amniotique est neutre ou alcalin suivant les auteurs. On a mentionné deux ou trois fois l'acidité du liquide de l'hydrorrhée. C'est une recherche à faire.

N'y a-t-il donc pas de signes qui permettent de distinguer le liquide amniotique?

Il en est un qui serait positif, c'est la présence dans l'eau écoulée de poils, ou de grumeaux de vernix

caseosa. Reste à savoir si l'examen en fait toujours découvrir dans les cas de rupture prématurée des membranes. C'est ce que nous allons étudier.

La rupture des membranes peut se faire en deux endroits différents : ou bien au centre de l'orifice utérin, ou bien au-dessus de cet orifice, en un point plus ou moins élevé, le plus ordinairement, si nous en jugeons par les observations de Biering, Ingleby, Schweighœuser, Bouchacourt, près de la circonférence du placenta.

Ni dans l'un ni dans l'autre cas, on ne trouvera toujours, des grumeaux de vernix caseosa ou des poils. D'abord, s'il y a des grumeaux de matière sébacée, le liquide sera probablement louche, puisque c'est cette matière sébacée qui le rend blanchâtre. Nous avons vu que l'opalescence accentuée était un bon signe. Quant aux poils, tous les fœtus n'ont pas de cheveux, et le duvet qui couvre la peau ne nous paraît pas devoir se détacher, à moins qu'il n'y ait desquamation épidermique, conséquence de la mort déjà plus ou moins ancienne du produit de conception. Notons à ce propos que le liquide de l'hydrorrhée peut être rose comme le liquide amniotique, coloré par la sérosité sanguinolente, des phlyctènes d'un fœtus mort. Notons encore qu'on l'a vu verdâtre, comme les eaux de l'amnios teintées de méconium.

Dans l'observation, publiée par Bouchacourt, sous le nom impropre de métrorrhée, puisque les membranes avaient une ouverture fistuleuse près de la marge du placenta, les chimistes trouvèrent que le liquide se rapprochait de l'urine par sa composition ; mais l'analyse qualitative n'est pas donnée en détail. Remarquons

qu'il était louche et qu'on y trouva des traces d'urée, tandis que celle-ci fit défaut dans l'examen microscopique et chimique de Gomes, que nous avons signalée. Remarquons de plus, que Bouchacourt, constata une réaction alcaline constante. Nous rappelons, encore une fois, que la réaction du liquide de l'hydrorrhée a été trouvée acide, dans les deux ou trois examens de ce genre qui ont été faits.

Ce ne sera donc souvent que par les signes concomitants et par l'attente des événements qu'on pourra faire le diagnostic de l'origine du liquide.

Si la rupture existe, et si elle s'est faite au niveau de l'orifice utérin, l'accouchement prématuré suivra de près cet accident. Cela est de règle. Cependant il y a des exceptions, même avec un écoulement de la totalité des eaux amniotiques. Dans ces cas, l'utérus rétracté et moulé sur le fœtus prend l'apparence et la consistance d'une tumeur fibreuse.

Si la rupture s'est faite au-dessus de l'orifice utérin, et si le liquide expulsé n'est pas louche, le diagnostic deviendra très obscur, car, il reste dans la cavité amniotique, une quantité suffisante de liquide, pour que l'utérus ne s'applique pas sur les parties fœtales. Jusqu'à présent, on n'a fait qu'un diagnostic rétrospectif, non pas au moment de l'accouchement, puisque la poche des eaux se forme, mais après la délivrance, de visu, par l'examen des membranes. Les femmes atteignent souvent le terme de la grossesse, comme lorsqu'elles ont de l'hydrorrhée. Ainsi, le liquide a pu s'échapper pendant un mois, deux mois, trois mois sans qu'on sût d'où il venait.

Stapfer.

Nous avons remarqué que dans les cas de rupture prématurée au-dessus de l'orifice, dont nous avons connaissance, l'écoulement ne se faisait pas par saccades. Cela arrive aussi dans l'hydrorrhée; mais si les écoulements par jet sont toujours défaut lorsqu'il y a rupture des enveloppes, on pourra conclure de l'existence des saccades, à l'existence de l'hydrorrhée.

De plus, nous nous demandons si dans ces cas de fistule des membranes, on ne pourrait pas éclairer le diagnostic, en s'assurant, que la perte apparaît ou augmente, lorsque la femme prend une certaine attitude, comme un vase fêlé perd de l'eau quand on l'incline du côté de la fissure.

Si le liquide est rose, dans l'hypothèse d'une rupture possible des membranes, on recherchera, par les commémoratifs, par l'examen des mamelles, par le palper, si précieux en pareil cas, par l'auscultation qui juge en dernier ressort, les signes de certitude de la mort du fœtus. Si le liquide est verdâtre, on s'assurera du rythme des battements du cœur.

En admettant que tous les signes soient réunis, pour démontrer que, suivant l'expression de Mauriceau, le liquide qui s'écoule est hors des membranes de l'enfant, la question se pose entre une métrorrhée et la rupture d'un œuf surnuméraire. Dans cette dernière circonstance, l'écoulement ne se renouvellera pas; mais il ne se renouvelle pas toujours dans la métrorrhée. De là une obscurité qui ne peut être dissipée que par l'examen des annexes, à moins que la totalité de l'œuf surnuméraire, membranes et contenu, ne soit expulsée.

Voilà pourquoi, après avoir insisté sur l'importance

de l'écoulement par jets, nous insistons maintenant sur l'importance de la répétition des jets.

Nous n'avons pas à entrer, dans le détail du diagnostic, de la métrorrhée, avec les écoulements séreux, causés par un fibrome, ou par un cancer, existant pendant la grossesse. Pour le second, il n'y aura en général pas grandes difficultés; pour le premier, il sera toujours malaisé de décider, si c'est lui qui cause l'hydrorrhée.

Nous devons signaler, en terminant, l'extrême obscurité que présenterait le diagnostic de certaines métrorrhées sanguinolentes, avec les écoulements produits par une môle vésiculaire embryonnée dont le fœtus vivrait et se développerait, la dégénérescence n'ayant envahi qu'une portion de l'œuf.

De tout ce que nous venons de dire, on peut conclure que le diagnostic n'est pas toujours facile quand on n'a pas affaire à ce que nous avons nommé l'hydrorrhéotype, et que le médecin appelé à se prononcer fera bien de garder la prudente réserve dont M. le D^r Bailly, professeur agrégé, nous donne l'exemple dans l'observation suivante :

Madame X..., 30 ans, enceinte pour la quatrième fois, a ses règles du 1^{er} au 5 août 1879 pour la dernière fois, lorsque le 27 janvier 1880 étant dans le repos le plus complet, vers six heures du matin, elle se sent mouillée par un liquide qui coule de la vulve. Vérification faite, c'était un liquide incolore. Mme X..., extrêmement émue de ce qui lui arrive, m'envoie chercher de suite. Je ne puis que confirmer les faits précédents, à savoir: l'écoulement d'un liquide incolore et à peu près inodore; la chemise, le drap de lit en sont imprégnés dans une assez grande étendue. La quantité perdue est de trois quarts de verre au moins. Mme X... m'assure que le ventre aurait sensiblement perdu de son volume. Il m'est impos-

sible de préciser la nature du liquide et de m'assurer s'il contient ou non des poils, de la matière sébacée, toutes choses qui caractériseraient le liquide amniotique. Je n'ai à ma disposition qu'une chemise et un drap mouillé. Ma cliente ne perd plus rien.

Madame X... ne souffre pas. Rien ne dénote un commencement de travail. Pas le moindre petit changement au col de l'utérus. En conséquence, après avoir rassuré Madame X..., je déclare au mari que je ne puis décider s'il s'agit de vraies ou de fausses eaux, que l'avenir seul m'éclairera.

Ma seule prescription fut de garder le lit jusqu'à nouvel ordre. Je prescrivis à madame X... de se lever au bout de huit jours, aucun écoulement nouveau n'étant survenu. La semaine suivante elle reprit peu à peu sa vie d'intérieur, puis elle sortit à pied et en voiture.

Il n'y eut plus de perte.

Le 13 mai 1880, Madame X... accoucha d'une forte fille.

Il s'agissait bien d'hydrorrhée. Les membranes ne s'étaient pas rompues prématurément. Je dirai à ce propos, que l'avortement ou l'accouchement prématuré ne sont pas la conséquence imminente, fatale de la rupture prématurée des membranes. J'ai publié, dans les Archives de tocologie de 1878, une observation de rupture prématurée, survenue à quatre mois de grossesse, et ayant néanmoins laissé subsister celle-ci quatre mois encore.

PRONOSTIC.

Nœgele loue Camper, de ce qu'il a considéré les fausses eaux comme une sage précaution de la nature qui se débarrasse d'un liquide superflu. La métrorrhée est donc, ce que certains auteurs appelleraient, un écoulement providentiel.

Le fait est qu'elle est bénigne. Ordinairement la grossesse poursuit son cours, arrive à terme, et la femme

accouche d'un enfant bien portant. Le nombre des avortements ou des accouchements prématurés, serait, à celui des accouchements à terme dans la proportion de 1 à 4, d'après la petite quantité d'observations que nous possédions. Cela ne signifie pas grand'chose, la plupart des observations étant incomplètes. Nous nous sommes demandés, si le décollement d'un ou deux cotylédons du placenta ne pouvait être causé par l'accumulation du liquide entre l'œuf et l'utérus, et l'agrandissement graduel de la poche où il est contenu. Aucun fait n'a justifié cette supposition.

Une femme qui a eu des écoulements d'eau abondants et persistants, en un mot, cette forme de métrorrhée qu'on appelle catarrhale depuis Hegar, peut avoir des récidives, pendant les grossesses subséquentes.

En outre elle est plus exposée à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. Il ne faut pas s'étonner, même en admettant que l'hydrorrhée continue soit le résultat d'une hypersécrétion glandulaire, qu'elle ne réagisse pas sur la santé générale, autant que le ferait une leucorrhée de même abondance. La femme enceinte est dans un état extra-physiologique, et d'autres hypersécrétions bien plus considérables telles que le ptyalisme, n'affaiblissent pas l'organisme d'une manière grave.

On a souvent constaté au moment du travail que les membranes étaient particulièrement résistantes. Elles ont fait saillie plusieurs fois à l'orifice vulvaire et il fallut les inciser avec un bistouri.

En somme Nœgele l'avait bien dit : *plerumque mulieres usque ad justum terminum gestant, et fœtum sanum enituntur.*

TRAITEMENT.

1° *Curatif.* — Existe-t-il ? Nægele ayant remarqué que les métrorrhées abondantes étaient quelquefois accompagnées d'une suppression des sueurs et de l'urine, donna aux femmes qui présentaient ces symptômes de la poudre de Dower, à doses fractionnées. Il a vu l'écoulement diminuer, en même temps que la transpiration se rétablissait, et que les urines augmentaient.

2° *Préventif.* — Il n'existe pas ; mais le traitement préventif de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, devra être employé, si les symptômes précurseurs de ces accidents compliquent la situation et se montrent en même temps que l'écoulement séreux.

DÉFINITION.

L'hydrorrhée-type, est l'écoulement, par la vulve des femmes enceintes, d'un liquide séro-albumineux, de provenance utérine, survenant à l'improviste, sans contractions douloureuses, et se faisant par jets, répétés à intervalles réguliers ou irréguliers.

CONCLUSIONS.

I. — Au lieu de dire hydorrhée, il serait préférable de dire métrorrhée. (Chassinat.)

II. — Ce terme est meilleur, parce qu'il indique que le phénomène n'a rien de commun avec l'écoulement du liquide amniotique, causé par une rupture prématurée des membranes. *Peut-être* n'en est-il pas toujours ainsi? (Voyez l'observation de Batbedat.)

III. — Le raisonnement avait indiqué à Guillemeau et à Mauriceau ce que l'anatomie pathologique a fait voir à Duclos : le liquide est collecté entre les parois fait cependant douter qu'il en soit toujours ainsi.

IV. — L'aphorisme de Mercurialis est encore en partie vrai en 1880 : *quanquam constet, aquam colligi in ipso utero dubitari tamen possit.....quomodo generetur.*

V. — Il y a peut être deux formes de métrorrhée, l'une traumatique, l'autre catarrhale.

VI. — La métrorrhée-type est très rare. Elle s'offre ordinairement avec des variantes.

VII. — La métrorrhée est d'autant plus rare que la grossesse est plus éloignée du terme.

VIII.—Elle a été observée dès la cinquième semaine.

IX. — Il faut analyser le liquide pour avoir, s'il y a moyen, un plus grand nombre d'éléments de diagnostic.

X. — La métrorrhée n'entrave ordinairement ni le cours de la gestation, ni le développement du fœtus. Quelquefois elle cause l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Il. — Ce terme est meilleur, parce qu'il indique que le phénomène a lieu de commun avec l'écoulement du liquide amniotique, causé par une rupture prématurée des membranes.
III. — Le raisonnement avait induit à Guillemain et à Mauriceau ce qu'il y avait de pathologique a fait voir à Bouchard : le liquide est collecté entre les parois de l'utérus et le fœtus, et non pas dans le vagin.
IV. — L'apport de l'écoulement est encore en partie vrai en 1830 ; quand même constaté, aucun collige in ipso utero d'ailleurs n'est possible.
V. — Il y a peut-être deux formes de métrorrhée, l'une traumatique, l'autre catarrhale.
VI. — La métrorrhée-type est très rare. Elle s'offre ordinairement avec des variantes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

XVI^e siècle.

Libri græcorum, Arabum, Latinorum veterum et recentium, quotquot extant, partim nunc primum editi, partim vero denuo recogniti, emendati, necessariis imaginibus exornati et optimorum scriptorum auctoritatibus illustrati, opera et studio ISRAELIS SPACHII, med. D. et Profess. Argentiniensis, 1597. Hieronymi Mercurialis libri, p. 289.

XVII^e siècle.

JACQUES GUILLEMAU, chirurgien ordinaire du roy et juré à Paris. — Œuvres de chirurgie, 1649, chap. XXI, p. 293.

FABRICE DE HILDEN. — Opera omnia. Francofurti ad Men, 1692, cent. 2., obs. 56, in Gaz. médicale, loc. citat., id. in Geil.

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses. A Paris, chez l'auteur, au milieu de la rue des Petits-Champs, à l'enseigne du bon médecin. Avec privilège du roy et approbation de Monsieur le premier médecin de Sa Majesté, 1684, p. 171.

Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et leurs maladies et celles des enfants nouveau-nés. A Paris, par la C^e des libraires associés, 1715, p. 7, 17, 51, 92, 148, 176, 299, 502, 561.

Dernières observations sur les maladies des femmes grosses et accouchées, 1715, p. 35, 44.

FABRICE DE HILDEN. — Opera omnia observationum chirurgicarum, 1606, cent. 2. obs. 54, p. 126 et 127 in Basset, p. 12; id. in Geil.

RUYSCH. — Observations anatomo-chirurgicales. Amsterdam, 1691, obs. 33, 37, 46; in Basset, p. 11; id. in Geil.

ORTLOB. — Historia partium æconomix hominis, 1696, p. 286, § 12; in Basset, p. 13; in Chassinat, p. 639; id. in Geil.

XVIII^e siècle.

DE LA MOTTE. — Traité complet des accouchements, 1765, p. 183, 432, 1000.

PUZOS. — Traité des accouchements, 1759, p. 86.

Stapfer.

LEVRET. — L'art des accouchements démontré par des principes de physique et de mécanique, 1766, chez Didot le jeune, p. 56, § 322 et suivants.

ROEDERER. — Elementa artis obstetriciæ. Gœttingue, 1765, § 191, p. 101, in Basset, p. 11; id. in Geil.

DELEURYE. — Traité des accouchements. Paris, 1770, § 447.

BOEHMER. — De aquis ex utero gravidarum profluentibus. Halle, 1769, p. 21; in Basset, p. 14; id. in Geil.

SIGWART. — De Hydropse uteri gravidi. Tubingue, 1761, p. 12; in Basset, p. 15; in Chassinat, p. 465; id. in Geil.

BAUDELLOCQUE. — Traité de l'art des accouchements, p. 274, § 531. Paris, 1789.

VAN SWIETEN. — Commentatissin Boërhaave, aphor., 1764, t. IV, p. 151; in Basset, 21; id. in Geil.

GREGORINI. — De hydropse uteri. Halæ, 1795; in Basset, p. 21; id. in Geil.

DENMAN. — Introduction à la pratique des accouchements, traduction de Kluyskens. Gand, an X, p. 269; in Basset, p. 10.

XIX^e siècle.

CAMPER. — De optima agendi vel expectandi in medicina ratione, 1800, sect. 5, cap. 17. Dans les ouvrages de Stark (Acta curiosa, t. III); in Basset, p. 16; id. in Geil.

HILDEBRAND. — Lehrbuch der Anatomie. Brunswick, 1803, liv. IV, § 3266; in Basset, p. 21; id. in Geil.

FRORIEP. — Handbuch der Geburtshülfe. Weimar, 1818, § 153; in Basset, p. 21; id. in Geil.

GARDIEN. — Traité complet d'accouchements. Paris, 1816.

OSIANDER. — Handbuch der Entbindungskunst, 1819. Tübingen, Bd I, p. 537; in Basset, p. 21.

MECKEL. — Handbuch der menschl. Anatomie. 1820, Halle, Bd IV, p. 728; in Basset, p. 21.

BAUDELLOCQUE. — L'art des accouchements. Paris, 1822, t. I, p. 256.

CAPURON. — Cours théorique et pratique d'accouchements. Paris, 1828, p. 135.

LACHAPELLE. — Pratique des accouchements, t. I, p. 470; t. III, p. 288.

BOIVIN ET DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1833, t. I, p. 255.

J.-B. GEIL. — De hydrorrhœa uteri gravidarum. Heidelberg, 1822.

VELPEAU. — Traité de l'art des accouchements, 1835. Art. fausses eaux.

CHAILLY-HONORÉ. — Des pertes d'eau pendant la grossesse. Mémoire

- extrait du Bulletin général de thérapeutique, livraisons des 15 et 30 décembre 1842, t. XXIII, p. 436.
- JACQUEMIER. — Manuel d'accouchements, 1846, t. I, p. 359.
- SCANZONI. — Lehrbuch der Geburtshülfe, 1850, in Schmidt's Jahrbücher, vol. LXVI, p. 377.
- M. RETZIUS. — Hydrorrhæa uteri gravidarum von M. R. (Hygiea, vol. XI, n° 7), in Schmit's Jahrbücher, vol. LXIX, p. 337, 1851.
- MATTEI. — Gazette médicale de Paris, 1856, p. 784.
- C. BRAUN. — Zur Pathogenie der Hydrorrhæa gravidarum (Wiener Zeitschr. N. F. I. 17, 1858), in Schmidt's Jahrbücher, ann. 1858, vol. XCIX, p. 192; in Union médicale, 1858, t. IV, p. 64.
- BASSET. — Thèse de Paris, 1858.
- CHASSINAT. — Mémoire sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes. Gazette médicale de Paris, p. 454, 465, 609, 635, 669, 734, 775.
- HEGAR. — Les glandes des caduques et l'hydrorrhée des femmes grosses, Darmstadt. Revue mensuelle d'obstétrique, XXII, p. 429. 1863. in Schmidt's Jahrbücher, t. CXXIV, p. 40.
- HENNIG. — Der Katarrh der innern weibl. Geschlechtstheile. Leipzig, 1862, p. 48.
- DE GRAEF. — Les différentes formes de l'hydrorrhée de la grossesse. In Ztschr., II, 1, p. 84, 1863; in Schmidt's Jahrbücher, t. CXXVI, p. 306.
- DEPAUL. — Dictionnaire des sciences encyclopédiques. Art. Accouchement, t. I, p. 369.
- HYERNAUX. — Traité pratique de l'art des accouchements. Bruxelles, 1866, p. 154.
- JOULIN. — Traité complet d'accouchements, 1867.
- BOUCHACOURT. — Etude clinique sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes, 1858. Lyon, chez Mégret. Paris, chez Savy, collection in-8 de la bibliothèque de la Faculté de méd. de Paris, t. CCCLXXV.
- FABRI. — Memoria sull' idrorrea dell' utero gravido, 1871. Bologne.
- STOLTZ. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XVII, p. 73.
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 9^e édition. Revue et annotée par Tarnier. Paris, 1874, p. 552.
- SCHRÖDER. — Manuel d'accouchements, trad. par le D^r Charpentier, professeur agrégé, 1875, p. 363.
- PLAYFAIR. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, traduit par le D^r Vermeil, 1879, chap. IX.
- MACARI. — Ostetricia Ginecologia e pediatria, 1880, p. 261.
- BATREDAT. — Union médicale, 1865, t. II, p. 174.
- GOMES. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1^{er} juin 1855.

