

GROSSESSE GÉMELLAIRE MONOAMNIOTIQUE

ET

HYDRAMNIOS AIGU

Par MM. A. BRINDEAU et Cyrille JEANNIN

La grossesse gémellaire monoamniotique est une anomalie très rare. Alfieri¹, qui lui a consacré en 1903 une excellente étude, n'en relève que 68 cas dans la littérature médicale ; Muller en compte 1 sur 6.000 grossesses, et Alhfeld 3 sur 506 grossesses gémellaires, dont 62 univitellines. C'est en raison de cette rareté que nous avons jugé intéressant de publier l'Observation qui suit, d'autant plus que cette grossesse monoamniotique s'est accompagnée d'accidents qui pour être bien connus, et en quelque sorte classiques, n'en sont pas moins exceptionnels.

OBSERVATION. — La nommée Anna Alb..., ménagère, âgée de trente-six ans, et d'origine belge, entre le 11 septembre 1908, à la maternité de Lariboisière (service du D^r Bonnaire), où elle est admise au dortoir des femmes enceintes, en raison de douleurs qu'elle ressent depuis plusieurs jours dans tout l'abdomen. C'est une femme grande et bien constituée, ne présentant absolument rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, et n'ayant eu, personnellement que la rougeole étant toute petite, et la fièvre typhoïde à quinze ans. Ayant marché à douze mois, elle a été formée à dix-sept ans, et depuis, elle est très régulièrement menstruée. Elle a déjà eu 4 grossesses, toutes du même père : la première s'est terminée en 1896, par la naissance à terme d'un garçon vivant ; la deuxième fut interrompue, en 1900, par une fausse-couche de deux mois et demi, dont nous n'avons pu déterminer la cause ; la troisième date de 1901, et donne naissance, à terme, à une fille vivante ; enfin, la quatrième remonte à 1905 ; elle se termina, également à terme, par la naissance d'un garçon vivant. Les trois enfants ont été nourris par leur mère ; les deux premiers sont actuellement en bonne santé, le dernier est mort à quatre ans et demi de congestion pulmonaire.

Les dernières règles ont eu lieu entre le 12 et le 16 mars 1908.

1. ALFIERI. La gravidanza a bigemina monocoriale et mono-amniotica. (*Annali di Ostetricia*, 1903, n^{os} 4, 5, 7, 8.)

Les premières semaines de cette gestation ne furent marquées par aucun trouble spécial ; la femme se sentait, suivant sa propre expression, « comme les autres fois », lorsque vers le troisième mois, elle remarqua que son ventre était plus développé que lors des grossesses antérieures ; pourtant il n'y eut pas de trouble fonctionnel bien spécial, et ce n'est guère que vers quatre mois et demi que cette femme, qui ne sentait pas remuer, fut frappée de voir combien elle devenait subitement grosse ; d'un jour à l'autre, sa taille s'accroissait ; vers le début de septembre, étant alors enceinte de cinq mois, elle fut prise de douleurs siégeant dans tout l'abdomen, s'accompagnant d'une sensation de pesanteur et de tension dans le bas-ventre, douleurs s'irradiant en ceintures dans la région des lombes, ainsi que dans les cuisses. De plus, elle se sent gênée pour respirer et a perdu tout sommeil. Cet état s'accroissant d'un jour à l'autre la décida à entrer à la maternité de Lariboisière.

A notre premier examen, nous sommes frappés de l'état de fatigue de cette femme. La figure est particulièrement pâle, les yeux cernés, les traits tirés, l'expression anxieuse. La respiration est précipitée et superficielle, nous comptons entre 20 et 30 inspirations par minute ; le pouls est rapide, battant aux environs de 100 ; la température est à 37°. L'abdomen présente un développement tout à fait anormal : chez cette femme enceinte de cinq mois et demi tout au plus, le fond de l'ombilic est à 50 centimètres au-dessus du pubis. La peau du ventre est extrêmement tendue, lisse, sillonnée de veines en tête de méduse, l'ombilic complètement étalé ; il n'y a que peu d'œdème sous-pubien. Le palper permet de reconnaître que l'utérus est surdistendu par une énorme quantité de liquide amniotique dont il est facile de constater la rénitence ; aucune partie fœtale n'est accessible ; l'auscultation est muette. Par le toucher, on se rend compte de la surdistension des segments inférieurs, et, à travers le col déhiscent, on peut faire balloter une petite extrémité céphalique. Ajoutons qu'il y avait un peu d'œdème des jambes. La vessie, sondée aussitôt, ne contient que peu d'urine, non albumineuse.

Le diagnostic s'impose, de par les signes physiques autant que par les symptômes fonctionnels ; il s'agit d'un cas typique d'*hydramnios aigu*. Quelle est la cause de cet hydramnios ? Rien ne nous permet de penser à la syphilis, dont nous ne trouvons aucune trace, ni actuellement, ni dans les antécédents. Nous admettons donc, comme cause la plus vraisemblable, qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire, bien qu'il n'y ait pas chez cette femme d'antécédents de gémellité.

La malade est tenue pendant deux jours en observation, au lit, et au régime lacté. Les symptômes fonctionnels s'aggravant, en même temps que l'utérus s'accroît de volume, sa hauteur gagnant

2 centimètres de plus par jour, nous pratiquons, le 1^{er} septembre, une ponction de l'œuf, par la voie abdominale, à l'aide d'un trocart de petit volume : en une demi-heure, il s'écoule 7 litres de liquide amniotique ; la hauteur de l'utérus n'est plus que de 39 centimètres. Nous pensons qu'il n'est pas opportun de pousser plus loin la décompression.

Deux heures après cette intervention, la femme est prise de contractions utérines, et d'une hémorragie assez notable ; trois heures plus tard, le travail étant nettement déclaré, on rompt les membranes, ce qui permet de recueillir encore 2 litres de liquide amniotique ; la dilatation du col, qui n'était que de deux centimètres, se complète en quelques minutes, et la femme expulse aussitôt un premier fœtus, suivi, au bout de quelques secondes, d'un second. Vingt minutes après, la délivrance a lieu, naturelle et complète ; la masse placentaire est unique.

Les suites de couches ne présentèrent absolument rien de particulier, et la femme quitta la maternité, le dixième jour, en très bon état.

Examen des fœtus. — Les deux enfants sont du sexe masculin ; ils sont tous deux venus morts, mais l'absence de toute macération, de tout soulèvement de l'épiderme, nous permet de penser qu'ils ont succombé depuis peu, vingt-quatre ou quarante-huit heures tout au plus. Le premier jumeau pèse 800 grammes, et le deuxième 700 grammes. Ils ne présentent, ni l'un ni l'autre, ni œdème, ni apoplexie, et ne portent extérieurement aucune malformation. De même, l'autopsie qui en fut soigneusement faite, ne révéla aucune lésion macroscopique : pas de macrocardie, pas de volume anormal des reins ; rien au foie, non plus que du côté des gros vaisseaux.

Examen de l'arrière-faix. — Le placenta, unique, à peu près discoïdal, pèse 900 grammes, et mesure 29 centimètres dans son plus grand diamètre. En l'examinant, par la face utérine, on ne peut pas reconnaître de différence, de coloration ou d'aspect, entre les territoires respectifs des deux enfants. Par son bord, il donne adhérence à une poche ovulaire, unique, composée de ses 3 membranes, mais sans trace de cloison de séparation. Il s'agit bien nettement d'une grossesse univitelline monoamniotique. Les deux cordons sont assez rapprochés l'un de l'autre, les points d'implantation n'étant pas distants de plus de 5 centimètres ; d'ailleurs, ils ont tous deux une *insertion vélamenteuse*, mais beaucoup plus prononcée pour l'un que pour l'autre. De très grosses anastomoses réunissent largement, au niveau de la face fœtale, les deux circulations. Enfin, ces cordons sont entortillés l'un à l'autre. *Ils s'intriquent*, à peu près au milieu de leur trajet, *en un double nœud en 8 de chiffre*, nœud assez serré pour aplatir fortement, sans le réduire toutefois à l'état d'un filament, le calibre des deux tiges funiculaires.

CONSIDÉRATIONS SUR CE CAS. — Voici donc une observation typique de *grossesse monoamniotique avec enroulement des cordons et hydramnios aigu, s'étant terminée par la mort des fœtus et leur expulsion à cinq mois et demi.*

L'arrière-faix présente les caractères habituels¹ de cette anomalie :

1° L'insertion des cordons sur des points très voisins (Alfieri, Bar et Eleuterescu) ;

2° L'insertion vélamenteuse, très fréquemment signalée ; ici, elle était double ;

3° La richesse des anastomoses entre les deux circulations (Bar et Eleuterescu).

La grossesse fut interrompue par avortement, et les enfants étaient mort-nés, ainsi que le fait s'observe dans 46 p. 100 des cas, d'après Alfieri. En réunissant les cas d'avortement au cas d'accouchement d'enfants morts, on arrive à la totalité de 70,2 p. 100 de mortalité fœtale !

L'hydramnios précoce et si marqué va bien avec cette variété de grossesse. Comment doit-on s'en représenter la pathogénie ? Il n'y avait, dans notre cas, ni inégalité primitive de développement des 2 fœtus, dont le poids diffère peu, ni asymétrie des anastomoses comme le démontrent l'importance des vaisseaux réunissant les deux circulations, l'absence de toute trace d'œdème ou d'apoplexie chez l'un des jumeaux². Nous serions portés à attribuer un rôle étiologique important à l'enroulement des cordons, et peut-être également, mais pour une part beaucoup plus faible, à leur insertion vélamenteuse.

Cet enroulement est en cas de grossesse monoamniotique un accident fréquent, puisque Alfieri le trouve 58 fois sur 100 ; Geisler³ en avait, en 1898, réuni 28 cas ; Bar⁴ en a récemment rapporté un curieux exemple. Cet accident comporte 71,6 p. 100 de mortalité fœtale. C'est donc là le principal élément de gravité du pronostic fœtal dans la grossesse mono-amniotique.

1. Consulter, sur ce sujet, ALFIERI, *loc. cit.* — SZATZ. *Klinis. Beit. zur Physiologie des Fœtus*, Berlin, 1900. — BAR et ELEUTERESCU. *Bull. de la Soc. obstétric. de France*, 1897. — CYRILLE JEANNIN. *Grossesse gémellaire mono-amniotique*. (*Presse médicale*, 1906, n° 81.)

2. BAR. Remarques sur quelques cas de gemellité. (*Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris*, avril 1907.)

3. GEISLER. *Thèse de Halle*, 1898.

4. BAR. *Loc. cit.*, 1907.