

mais ce sont surtout les cellules plus jeunes d'épithélium vaginal et les cellules de l'épithélium des follicules de la membrane muqueuse (fig. 257 et 258) qui, se divisant et se subdivisant, donnent enfin naissance à une multitude de cellules granuleuses, sphériques, que nous connaissons sous le nom de *globules de pus*, lesquels eux-mêmes se divisent et se subdivisent rapidement, s'ils ont une quantité suffisante de matière nutritive. Quant à la manière dont le pus dérive de la matière germinale de l'épithélium vaginal, voyez fig. 259, et pour le mode de multiplication des globules de pus, fig. 260 et 261.

Le liquide qui s'écoule se présente sous des aspects différents. Tantôt il est transparent ; incolore il résulte alors d'une hypersécrétion du mucus normal. Tantôt sa consistance est accrue, il prend alors une coloration jaunâtre ou verdâtre, il est alors irritant et produit souvent sur la peau des excoriations.

Dans certaines circonstances on observe des caractères inflammatoires très marqués, le pouls est fréquent et plein, et les parties malades sont brûlantes. Le plus souvent, cependant, les symptômes fébriles manquent complètement.

§ IV. — Traitement.

Il n'est pas toujours facile de guérir cette affection rapidement et complètement. Dans les cas légers, l'inconvénient est si peu de chose que le médecin est rarement consulté : dans les cas plus graves, la persistance de certaines causes spéciales peut rendre nos efforts inutiles jusqu'à ce que l'accouchement soit terminé, et l'écoulement se tarit de lui-même. D'après ces considérations, le meilleur traitement, suivant Dewees, sera l'expectation. Aussi, dit-il, « je conseille de simples lotions trois ou quatre fois par jour avec de l'eau tiède et des injections vaginales pratiquées avec une grande douceur et composées d'eau blanche légère (1 scrupule d'acétate de plomb pour 8 onces d'eau). Avant de faire cette injection, il est bon de laver les parties externes avec de l'eau tiède et du savon, dont on injectera une petite quantité dans le vagin. Ce n'est qu'après ces préliminaires que l'on se servira de l'injection saturnine ; une solution très légère d'azotate d'argent (0^{sr},50 à 0^{sr},60 pour 150 grammes d'eau distillée) est plus efficace. Une décoction d'écorce de chêne, de matico, de thé vert, une solution d'alun, réussissent quelquefois à tarir l'écoulement. Si l'inflammation est intense, on se trouvera bien d'employer les injections émollientes. On veillera à l'état de l'estomac et des intestins. Chez les femmes de constitution débile, les toniques seront souvent d'un grand secours.

CHAPITRE III

VÉGÉTATIONS

Il n'est pas rare de voir survenir chez la femme enceinte au pourtour de l'anus, à l'entrée du vagin, sur les grandes et les petites lèvres, des végétations qui ne diffèrent pas sensiblement de celles que l'on voit survenir en dehors de la gestation chez les femmes atteintes de leucorrhée.

Ces végétations qui surviennent en dehors de toute manifestation syphilitique, paraissent dépendre uniquement de l'écoulement vaginal si fréquent chez la femme enceinte, lequel entretient vers l'orifice du vagin et au pourtour de l'anus un certain degré d'irritation. Ces végétations se développent en général vers le milieu de la gestation et persistent assez souvent après la délivrance.

Ces tumeurs, quand elles sont un peu volumineuses, se reproduisent immédiatement après leur destruction par les caustiques ou par l'instrument tranchant, quand on n'a pas soin d'attendre, pour opérer, que l'accouchement ait eu lieu. Mais l'opération réussit très bien après cette époque. Quand les tumeurs sont petites, il est le plus souvent inutile d'instituer un traitement, la guérison s'effectuant spontanément après la délivrance.

Néanmoins, il sera bon dans le but de prévenir leur développement, d'entretenir la propreté des parties à l'aide de lavages souvent répétés, et de saupoudrer le pourtour de la vulve avec des poudres absorbantes, telles que la poudre d'amidon, le sous-nitrate de bismuth, soit seuls, soit mélangés à un peu de poudre d'alun.

Nous ne décrivons pas plus longuement ces tumeurs, que nous avons d'ailleurs étudiées précédemment, page 61.

CHAPITRE IV

MENSTRUATION PENDANT LA GROSSESSE

Il est bien surprenant, pour ne pas dire presque incroyable, de voir qu'une fonction dépendant d'une influence ovarienne, et appartenant à la muqueuse utérine, s'exécute régulièrement alors que toute la cavité utérine est tapissée par la caduque remplie par l'œuf et que le col utérin est oblitéré par un bouchon muqueux.

Quelque étrange que puisse paraître ce phénomène, les observations en sont nombreuses et trop authentiques pour qu'on puisse les récuser.

La menstration pendant la grossesse c'est-à-dire un écoulement de sang revenant avec la périodicité, la durée et la quantité qu'il pré-

sente chez la femme en dehors de la grossesse, est un fait des plus rares, et, si l'on interroge avec soin les femmes, on peut constater le plus souvent que l'écoulement sanguin qui s'est produit n'est autre chose qu'une hémorrhagie se répétant à plusieurs reprises dans le cours de la grossesse.

§ I. — Historique.

Les anciens avaient déjà constaté ce fait si l'on juge par l'aphorisme d'Hippocrate (1) : « Si chez une femme enceinte les règles coulent, il est impossible que l'enfant se porte bien. » Mais on n'a pas contesté la vérité de cet aphorisme. On rencontre de nombreuses observations tant dans les auteurs anciens que modernes (2). Quelques femmes n'ont été réglées qu'une ou deux fois après la conception, puis les règles cessaient de se montrer. On trouvera de ces faits dans Mauriceau (3), Puzos (4), Desormeaux (5), Johnson (6), Belloc (7), Van Swieten (8), Frank (9), Chambon (10), Gardien (11), Capuron (12), Røederer (13), Beck (14), Dewees (15), Blundell (16), Gooch (17), Kennedy (18), Montgomery (19), Siebold (20), et dans les rapports de la Maternité de Berlin (21), etc.

Il y a des cas où la menstruation a duré non seulement un ou deux mois, mais encore cinq, six mois et même pendant toute la grossesse, comme on le voit dans Mauriceau, Dewees, Burton, Heberden (22), Gardien, Velpeau (23), Blundell, etc. Nous avons vu huit ou dix cas de

(1) Hippocrate, *Aphorismes*, 5^e section, Aph. 60, *Œuvres*, trad. par Littré. Paris, 1844, t. IV, p. 555.

(2) Thom. Bartholinus, *De morbis biblicis*. Copenhague, 1782, p. 61.

(3) Mauriceau, *Maladies des femmes grosses*, vol. I, p. 72, 75.

(4) Puzos, *Traité des accouchements*. Paris, 1759.

(5) Desormeaux, *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, vol. X, p. 394.

(6) Johnson, *System of midwifery*, p. 100.

(7) Belloc, *Cours de médecine légale*. Paris, 1819, 3^e édition, p. 61.

(8) Van Swieten, *Commentaries upon Boerhaaves Aphorisms*. Edinburgu, 1776, vol. XIII, p. 379, 489.

(9) Frank, *Comment.*, vol. III, p. 378.

(10) Chambon, *Maladies des femmes*, vol. V, p. 57.

(11) Gardien, *Traité des accouchements*. Paris, 1823, vol. I, p. 489.

(12) Capuron, *La médecine légale relative à l'art des accouchements*. Paris, 1821, p. 63.

(13) Røederer, *Elementa artis obstetriciæ*. Gottingæ, 1753, p. 46, cap. VII, sec. 146.

(14) Beck, *Elements of med. Jurisprudence*. London, 1825, p. 76.

(15) Dewees, *Compendious system of midwifery*. London, 1825, p. 93.

(16) Blundell, *Principles and practice of obstetrics*, p. 165.

(17) Gooch, *An account of some of the most important diseases peculiar to women*. London, 1829, p. 202, 203.

(18) Kennedy, *On Signs of pregnancy*, p. 12.

(19) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*, p. 46.

(20) Siebold, *Siebold's Journal*, vol. VI, p. 276; vol. VIII, p. 155.

(21) *Lancet*, 27 janvier 1838.

(22) Heberden, *Commentarii de morborum historia*. Londini, 1802, p. 208.

(23) Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*, 2^e édition. Paris, 1835, t. I, p. 125.

cette anomalie de la menstruation. Dans un cas très remarquable, cette fonction persista pendant tout le temps de la grossesse et pendant l'allaitement. D'autres fois elle fut suspendue du quatrième au sixième ou septième mois. Mais chaque fois les règles arrivaient régulièrement, le plus souvent en petite quantité. Elles étaient en général moins colorées que de coutume, souvent aussi aucun caractère spécial ne les distinguait de l'écoulement menstruel normal.

Il est un fait encore plus curieux ; c'est le cas où la sécrétion menstruelle apparaît pour la première fois pendant la grossesse. Des observations en ont été relatées par Perfect (1), Reid, Velpeau (2) et d'autres (3).

Quant à James Reid (de Londres), après avoir donné la description d'un cas obstétrical remarquable, il termine ainsi : « Je dois ajouter comme un autre fait curieux se rapportant à ma patiente, que, depuis neuf ans qu'elle est mariée, elle n'a jamais vu paraître ses règles, si ce n'est pendant cette dernière grossesse (4). »

Quelquefois les époques menstruelles ne se sont montrées que pendant la grossesse. C'est ce qu'ont observé Deventer (5), Baudelocque, Dewees, etc.

Baudelocque rapporte qu'il a vu des femmes qui lui ont affirmé qu'elles n'avaient jamais été régulièrement menstruées, si ce n'est pendant leurs grossesses. Leur assertion lui paraissait d'autant plus digne de foi qu'elles ne s'adressaient à lui que pour avoir l'explication de cet étrange phénomène.

Dans l'observation de Dewees, la femme n'avait jamais eu ses règles qu'après sa conception. Elles continuèrent à paraître régulièrement jusqu'à la fin de la grossesse. Le même phénomène se reproduisit à une seconde grossesse (6).

Certains auteurs ont soutenu une opinion diamétralement opposée. Denman dit : « La suppression des règles est une des suites infaillibles de la conception ; aussi je n'ai jamais observé une seule femme qui ait continué à être réglée pendant sa grossesse... Je sais toutefois que l'opinion générale n'admet pas cette assertion d'une manière absolue et que des faits contraires ont été signalés par des hommes de science. En pratique, il faut être circonspect, car illusionnés par le récit mensonger des malades, par leur crédulité ou leur vanité, combien d'auteurs ont raconté des histoires non seulement improbables, mais inutiles et nuisibles. » Hamilton (d'Edimbourg) (7) tombe en tous points d'accord avec Denman.

(1) Perfect, *Cases in midwifery*. Rochester, 1784, vol. II, p. 71, case 80.

(2) Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*, 2^e édit. Paris, 1835, t. I, p. 117, 118.

(3) G. C. Winckler, *Miscellanea curiosa, sive Ephemerides germanicæ*, an III, p. 555.

(4) Reid, *Medical Gazette*, 2 mai 1835, p. 146.

(5) Deventer, *Novum lumen obstetricantium*. Leyde, 1701, cap. xv, p. 54.

(6) Dewees, *A compendious system of midwifery*. London, 1825, p. 97.

(7) Hamilton, *Pract. obs. on midwifery*, p. 76-212.

On observe dans l'aspect de l'écoulement quelques légères variations : ainsi le plus souvent il présente une coloration un peu moins foncée ; la quantité est quelquefois un peu plus grande que de coutume, mais le plus généralement elle est moindre. Jamais le sang n'est coagulable, jamais il n'est accompagné de caillots. Les symptômes auxquels cet écoulement donne lieu sont moins marqués qu'avant la conception. Il peut y avoir un peu de douleur dans les reins et un sentiment de faiblesse générale. Le retour régulier de l'époque menstruelle ne semble pas influencer sur le développement du fœtus. Dans presque tous les cas observés, les enfants arrivèrent à terme et dans de bonnes conditions. Elsøsser a donné le relevé de 50 cas qu'il peut être intéressant de résumer ici. Le retour de la menstruation a été observé pendant la grossesse : dans 8 cas, une fois ; dans 10, deux fois ; dans 12 cas, trois fois ; dans 5 cas, quatre fois ; dans 6 cas, quatre fois ; dans 5 cas, huit fois ; dans 2 cas, neuf fois. Dix-huit fois sur vingt-six l'écoulement était moindre que de coutume. La durée de la grossesse a été normale dans 36 cas, elle a été interrompue dans 14. Dans les trois quarts des faits cités, l'enfant avait acquis son développement normal (1).

§ II. — Pathologie.

Les opinions sont très diverses quant au siège de l'écoulement. Certains auteurs ont supposé que la source en était dans la portion inférieure de la cavité utérine, avant que l'œuf ait acquis le volume nécessaire pour la remplir, ou bien on le fait provenir des vaisseaux du col (Van Swieten (2), Frank (3), Hoffmann (4) et Desormeaux (5)). Suivant Velpeau (6), il vient de la muqueuse vaginale. On ne peut pas admettre que la première hypothèse tienne devant ce fait que le col est obitéré par un bouchon gélatineux aussitôt après la conception, et que la caduque tapisse entièrement la cavité utérine qui est le siège de la sécrétion menstruelle. On doit admettre que la menstruation se fait alors par la portion intravaginale de la muqueuse cervicale. C'est ce que démontre une observation de Charles (7), Johnson qui après avoir enlevé l'utérus tout entier, a vu les règles se montrer de nouveau après l'opération. Nous avons cité précédemment (page 222) une observation de Storer dans laquelle la menstruation se continua après l'extirpation de la matrice et des deux ovaires.

Quant à la cause pathogénique de cette déviation, il est difficile d'en

- (1) Elsøsser, *Med. Times and Gazette*, 24 avril 1848.
- (2) Van Swieten, *Commentaries*. Edinburgh, 1776, vol. XIII, p. 379, 469.
- (3) Frank, *Epist. de morb. human. de metrorrhagia*.
- (4) Hoffmann, *Ratio medendi*, vol. IV, chap. IX, p. 625.
- (5) Desormeaux, *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, vol. XIV, p. 84, 85.
- (6) Velpeau, *Traité de l'art des accouchements*, 2^e édition. Paris, 1835, t. I, p. 127.
- (7) Johnson, *Dublin Hospital Reports*, vol. III, p. 479.

donner une théorie satisfaisante. Elle est probablement due à une excitation ovarienne et à l'habitude contractée d'un écoulement périodique qui, dans d'autres circonstances, donne lieu à une menstruation supplémentaire. Il n'est ni plus ni moins facile d'expliquer pourquoi se produisent des hémorrhagies supplémentaires par les muqueuses pulmonaire, oculaire, auriculaire, etc., etc.

§ III. — Traitement.

Comme cette anomalie ne provoque que peu de symptômes, il n'y a pas lieu d'intervenir. Pour plus de sécurité, on conseillera à la patiente, pendant la durée de l'époque, de garder autant que possible la position horizontale. Ses vêtements seront aisés, mais pas trop chauds, son alimentation substantielle, mais non excitante, et enfin on écartera d'elle toute espèce de souci.

CHAPITRE V

HYDRORRHÉE

Les femmes enceintes sont quelquefois exposées à un écoulement de liquide aqueux par le vagin. Cet écoulement est tout à fait différent de la leucorrhée que nous venons de décrire. Cet accident peut survenir une, deux et même trois fois pendant la grossesse ; il peut continuer chaque fois pendant une semaine ou deux, ou même persister pendant plusieurs mois.

§ I. — Symptômes.

La quantité varie beaucoup, depuis plusieurs onces jusqu'à quelques pintes par jour. Le liquide est toujours incolore, transparent et non irritant. L'examen du vagin ne fournit aucun renseignement, car on ne peut découvrir dans les parties aucune altération morbide. Il faut ajouter que dans la majorité des circonstances le volume de l'abdomen ne paraît pas diminuer après cet écoulement. Les seuls symptômes observés sont de la faiblesse et un peu de douleur dans les reins.

L'écoulement de liquide survient en général dans les derniers mois de la grossesse, sous l'influence d'une chute, de fatigues ou d'une contraction sourde de l'utérus. D'autres fois, l'écoulement se produit tout à coup sans être accompagné d'aucun malaise ni d'aucune douleur.

Le liquide qui s'écoule est en général citrin, quelquefois coloré en rouge par une petite quantité de sang, il empêche le linge et présente une odeur spermatique assez prononcée.

Cet écoulement peut ainsi se reproduire à plusieurs reprises.

Cet écoulement ne présente pas en général de gravité, bien que cependant il faille toujours redouter un accouchement prématuré.

§ II. — Pathologie.

La plupart des auteurs modernes admettent aujourd'hui l'opinion de Mauriceau qui pensait que le liquide de l'hydrorrhée était contenu entre l'œuf et la paroi utérine. Cette opinion qui est adoptée par Nœgelé, Cazeaux, P. Dubois, consiste à regarder le liquide ainsi évacué, comme un produit de sécrétion de la face interne de l'utérus, qui s'est accumulé entre cet organe et l'œuf décollé en quelque endroit, et qui s'échappe à l'extérieur, quand le décollement des membranes est arrivé jusqu'à l'orifice interne du col.

Quelquefois les membranes se rompent, et il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique sans que le travail s'établisse. Burns (de Glasgow) dit : « J'ai observé des cas où une frayeur, un exercice violent, avaient été suivis d'un écoulement aqueux considérable et d'une diminution notable de l'abdomen, qui devenait beaucoup plus flasque ; quelquefois des douleurs irrégulières survenaient, et cependant la grossesse continuait jusqu'à son terme (1). »

Mais ordinairement la grossesse n'arrive pas à terme après que le liquide amniotique s'est échappé.

Dans le cas où l'utérus est distendu par une môle hydatiforme, les symptômes peuvent rappeler ceux de la grossesse ; l'écoulement de liquide constitue alors un des signes principaux de la maladie.

§ III. — Diagnostic.

Les principales bases sur lesquelles nous devons fonder notre diagnostic s'appuient sur la nature et la quantité de l'écoulement ; son retour plus ou moins fréquent ou son abondance, sur l'effet qu'il produit sur le volume du ventre, sur l'intégrité des membranes, si toutefois il est possible de constater ce dernier signe.

Si l'écoulement est soudain et abondant, accompagné d'un abaissement de l'abdomen, nous pouvons presque à coup sûr affirmer qu'il y a eu rupture de membranes et qu'il s'est échappé du liquide amniotique.

Si l'écoulement est moindre et qu'il se fasse lentement et graduellement, que le volume du ventre n'en soit pas modifié, nous devons supposer que le liquide était contenu entre l'œuf et la paroi utérine.

(1) Burns, *The Principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 255.

§ IV. — Traitement.

Lorsque le liquide provient de l'amnios, il n'y a pas de remède. Nous devons seulement nous attacher à empêcher le travail au moyen des opiacés et d'une alimentation froide et nourrissante. La femme sera tenue avec une excessive propreté et dans des linges bien secs.

Si l'écoulement provient d'une poche située entre la face interne de l'utérus et l'œuf décollé quelque part, on devra encore avoir recours au repos le plus complet dans la position horizontale, et aux quarts de lavements laudanisés, surtout s'il survient quelques contractions de la matrice ; de plus, on ne permettra à la femme de se lever que quand l'écoulement sera terminé depuis plusieurs jours.

CHAPITRE VI

HYDROPIE DE L'AMNIOE (1)

Bien que d'ordinaire la distension abdominale causée par le développement de l'utérus soit accompagnée de gêne un peu notable, cependant elle n'est pas intolérable, pour peu que la femme observe certains ménagements. Quelquefois, cependant, la quantité du liquide amniotique dépasse la mesure habituelle ; il en résulte alors un grand malaise.

§ I. — Causes.

Il ne peut faire de doute pour personne que la cause prochaine de cette affection gît dans un excès d'activité sécrétoire des vaisseaux de l'amnios ; que par conséquent la maladie siège bien plutôt dans l'œuf que dans l'utérus ; mais on peut hésiter à dire, malgré l'opinion de Mercier (2), que cette hypersécrétion soit toujours de cause inflammatoire. Elle peut être liée aussi à des maladies du placenta, telles que kystes, tubercules, indurations (3), etc. ; il n'est pas non plus absurde d'attribuer cette affection à quelque idiosyncrasie de la femme ; la preuve pourrait être fournie par le retour de la même maladie chez la même femme.

Outre ces causes, disons, d'une manière générale, que toutes celles qui peuvent apporter un obstacle à la circulation doivent être mises

(1) BIBLIOGRAPHIE : Gab. Pelletan, *De l'hydropisie de l'utérus, suivie de réflexions*, par Guillemot (*Arch. gén. de Méd.*, 2^e série, t. V, 1834, p. 32). — Devilliers, *Arch. gén. de Méd.*, 1845. — Basset, *De l'hydropisie dans la grossesse*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1858, n^o 114. — Duclos, *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, juin 1818, t. VI, p. 222.

(2) Mercier, *Journal gén. de Méd.*, vol. XLIII, p. 165, et vol. XLV, p. 256 ; voyez aussi observ. de M. Devilliers, *Journ. gén. de Méd.*, vol. XLII, p. 252, et une autre de M. Desmarais, *Recueil périodique de la Société de santé*, vol. VI, p. 357.

(3) Burns, *The principles of midwifery*, 10^e édit. London, 1843.

en ligne de compte. Enfin certaines diathèses au nombre desquelles on a surtout signalé la syphilis, paraissent agir dans ce sens. L'hydropisie de l'amnios se rencontre très fréquemment quand il existe une malformation congénitale, et tout récemment M. le docteur A. Charpentier (1), faisait remarquer que la maladie coïncidait très fréquemment avec la grossesse gemellaire.

§ II. — Symptômes.

Dans les cas légers, les principaux symptômes proviennent de la distension mécanique de l'abdomen.

L'utérus est beaucoup plus développé que d'habitude ; il est plus pesant, et il occasionne une grande gêne à la patiente dans la station debout ou pendant la marche (2). Dans certains cas, l'utérus n'est pas seulement plus volumineux, mais son développement excessif a été rapide, brusque, soudain : ce fait doit nous faire soupçonner l'hydropisie de l'amnios. Si la femme en est à la troisième ou quatrième grossesse, et que les téguments de l'abdomen soient flasques, l'utérus s'inclinera en avant, et l'on observera cette forme du ventre à laquelle les Anglais donnent le nom de *pendulous belly*. Cette disposition ajoutera encore aux malaises qu'éprouve la patiente. Souvent la compression exagérée exercée par l'utérus déterminera des troubles du côté de la vessie, de l'estomac ou des intestins. Il semblerait que la distension excessive de l'utérus devrait nécessairement amener de l'œdème vers les extrémités inférieures ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Les symptômes généraux ne sont pas très importants, la langue est blanchâtre, l'urine rare, et les digestions sont quelquefois troublées (3).

Dans les cas plus graves, ces symptômes sont souvent très sérieux. Le hoquet, les palpitations, des vomissements incessants, la fièvre, la toux, l'œdème, l'anxiété, les syncopes, etc., mettent la malade à deux doigts de sa perte. Heureusement les cas semblables sont très rares.

L'enfant ne s'en tire pas toujours aussi bien : il est ou malade, ou très faible, ou il présente quelque vice de conformation, lorsqu'il atteint son terme ; mais souvent aussi il meurt avant la fin de la grossesse (4). Burns fait observer « que toutes ces causes n'agissent pas uniformément au même degré, mais le fœtus souffre en proportion de leur action. Il naît très faible et languissant, et on l'élève avec difficulté, ou bien il meurt presque immédiatement, et c'est là ordinaire-

(1) Charpentier, de *l'hydramnios et en particulier de l'hydramnios aiguë* (Archives, de Tocologie, 1880).

(2) Scarpa, *Journal complémentaire des sciences médicales*, vol. I, p. 91.

(3) Jørg, *Handbuch der Krankheiten des Weibes*, 3^e édit. Leipzig, 1831, p. 497. — Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 368. — C. G. Carus, *Lehrbuch der Gynécologie*, vol. II, p. 238.

(4) Puzos, *Traité d'accouchements*. Paris, 1759, p. 86.

ment le cas, lorsque la maladie existe à un certain degré. L'époque de la mort de l'enfant est ordinairement marquée par un frisson et la cessation de tout mouvement dans l'utérus, en même temps que les seins s'affaissent. Ensuite surviennent des douleurs irrégulières avec ou sans écoulement aqueux. Quelquefois la femme éprouve des maux de cœur ou de la fièvre quelques jours avant que le travail commence (1). »

Outre les malaises produits par cette maladie pendant la grossesse, elle ralentit quelquefois les progrès du travail pendant la première période de l'accouchement par suite de l'extrême distension de l'utérus qui en diminue la contractilité ; mais on peut parer à cet inconvénient en rompant les membranes. Souvent, après l'accouchement, il survient une hémorrhagie qui est due à la même cause, c'est-à-dire à l'inertie des fibres utérines.

Les principaux signes diagnostiques de cette affection sont le volume excessif, le développement rapide et presque soudain de l'utérus. La présence de signes certains de grossesse, et dans quelques cas, enfin, la situation de l'enfant et la faiblesse de ses mouvements confirmeront le diagnostic. Pour ces derniers signes, Burns a observé que « dans certains cas l'enfant occupe la partie supérieure de la tumeur, et le liquide la partie inférieure, du moins pendant le travail. Deux fois, chez la même femme, dans des grossesses consécutives, l'enfant était renfermé dans la partie supérieure de l'utérus et embrassé par lui, comme si c'était un kyste, tandis que plusieurs pintes de liquide existaient entre lui et l'orifice de l'utérus. Le liquide s'écoula et remplit plusieurs bassins ; alors l'enfant descendit jusqu'à l'orifice, mais il sortit mort-né, avec les cuisses fortement retournées sur l'abdomen et avec d'autres marques de difformité (2). Puzos se fonde sur la faiblesse ou l'absence des mouvements de l'enfant, sur le volume excessif du ventre sans qu'il existe en même temps d'œdème des jambes et des cuisses, et sur le peu de gêne des fonctions respiratoires (3).

§ III. — Diagnostic.

Les signes de la grossesse éloigneront l'idée d'un kyste ; si l'on constate le ballottement, les modifications du côté des seins, on ne pourra pas conserver le moindre doute.

§ IV. — Traitement.

Il ne semble pas que cette maladie soit justiciable des moyens médicaux : on a préconisé des moyens variés, moins dans l'espoir d'une

(1) Burns, *The principles of midwifery*, p. 242, trad. franç. par Gaillot, p. 175.

(2) Burns, *Midwifery*, p. 242 ; trad. franç. par Gaillot, p. 175.

(3) Puzos, *Traité des accouchements*. Paris, 1759, p. 89.

cure radicale que dans celui d'atténuer certains symptômes alarmants ou de fortifier l'état général. Les toniques seront conseillés pour améliorer la santé générale. Les diurétiques ne paraissent avoir aucun effet utile. Peut-être y aura-t-il quelquefois avantage à soumettre la malade à une diète sèche. Burns préconise l'usage du bain froid. Si l'on peut soupçonner la syphilis comme cause, il faudra soumettre la malade à l'usage modéré du mercure.

Si la distension est énorme, si le malaise est insupportable, nous serons autorisés à provoquer l'accouchement prématuré d'autant plus que l'enfant est condamné à une mort certaine si l'on abandonne la malade aux seuls efforts de la nature. Ayant ce moyen à notre disposition, nous ne croyons pas qu'il soit justifiable, dans aucun cas, d'avoir recours à la paracentèse abdominale, comme le recommandent certains auteurs.

Quant au traitement à suivre dans certains cas où l'extrême distension de l'utérus entrave le travail de l'accouchement, il nous paraît bien simple. Il faut, le cas une fois bien reconnu, rompre les membranes et amener l'écoulement graduel du liquide amniotique plutôt que d'en provoquer brusquement l'évacuation complète.

Aussitôt que l'utérus est vidé, et que la malade est rétablie, il faut chercher, si nous ne pouvons pas nous opposer au retour d'un pareil accident ; s'il y a quelque apparence de contamination syphilitique, il ne faut pas hésiter à administrer le mercure.

CHAPITRE VII

RHUMATISME DE L'UTÉRUS

On n'a que rarement signalé le rhumatisme de l'utérus en Angleterre. Cependant, dès 1686, Walter Charleton en a parlé (1).

Rigby (2) a décrit cette affection comme atteignant les ovaires et l'utérus en vacuité. Isaac Taylor (de New-York) a publié sur ce sujet un mémoire remarquable (3). En France, Alph. Leroy (4) et Chambon (5) paraissent avoir observé le rhumatisme de l'utérus ; mais ils n'entrent pas dans de grands détails. En Allemagne, cette affection a été décrite par Wigand (6), Carus (7), Schmidtmüller (8), Jøerg, Vel-

(1) W. Charleton, *Inquisitiones physico-medice de causis catameniorum nec non uteri rhuematismo*. Londres, 1686.

(2) Rigby, *Med. Times*, 1844-1845. — *Essay on Dysmenorrhœa*.

(3) Taylor, *Amer. Journ. of Med. Sciences*, juillet 1845, p. 45.

(4) Alph. Leroy, *Maladies des femmes*. Paris, 1738.

(5) Chambon, *Traité des maladies des femmes*. Paris, an VII.

(6) Wigand, *Beiträge zur theorischen und praktischen Geburtshülfe*. Hamburg, 1798-1808.

(7) Carus, *Diss. de uteri rhum. Gynæcologie*. Leipzig, 1838, vol. II, p. 232.

(8) Schmidtmüller, *Handbuch der medicin Geburtshülfe*. Frankfurt, 1809, vol. I, lib. I, chap. VII.

ten (1), Haase (2), Betschler (3), Heune (4), Busch (5) et Witcke. En France, Dezeimeris (6) a publié d'excellents travaux sur le rhumatisme de l'utérus, et Cazeaux (7) parle assez complètement de ce sujet. Dans ce chapitre nous avons mis ce travail à contribution.

« Le rhumatisme, dit Wigand, peut atteindre la portion fibreuse de l'utérus aussi bien que les couches musculaires et la tunique séreuse. Il manifeste sa présence par de la douleur, dont l'effet est d'entraver la contractilité de l'organe, par la chaleur, par du gonflement, etc. »

En même temps qu'il y a du rhumatisme de l'utérus, il existe généralement une manifestation générale de la même diathèse ; mais plus souvent l'utérus et ses annexes sont atteints seuls, à cause de l'excessive susceptibilité de cet organe pendant la gestation.

Suivant Radamel, l'utérus non gravide peut être atteint de cette maladie ; mais nous devons l'étudier ici dans ses manifestations du côté de l'utérus pendant la grossesse, mais plus souvent vers la fin, quand l'utérus a acquis tout son développement. Il ne faut pas douter que dans beaucoup de cas où il s'est montré, comme on dit, de fausses douleurs, on n'ait eu affaire à du rhumatisme utérin.

M. Gauthier (de Genève) (8) a constaté que le rhumatisme utérin s'était montré chez 29 de ses malades entre le deuxième mois et le terme de la grossesse dans les proportions suivantes :

2 ^e mois.....	1 fois	6 ^e mois.....	2 fois.
3 ^e mois.....	3	7 ^e mois.....	4
4 ^e mois.....	1	8 ^e mois.....	5
5 ^e mois.....	1	9 ^e mois.....	12.

§ I. — Causes.

Il est probable que la cause principale est le froid agissant sur un organe dont la susceptibilité nerveuse est considérablement accrue.

Selon Cazeaux, « toutes les circonstances propres à favoriser le développement des affections rhumatismales peuvent aussi causer le rhumatisme de l'utérus. Ainsi, l'exposition momentanée ou longtemps prolongée au froid humide, des vêtements insuffisants, le passage brusque d'une température très élevée à une température très basse, et toutes les autres causes constitutionnelles atmosphériques, que

(1) Velten, *Rust's Magazine*, 1828, vol. XIV, p. 537.

(2) Haase, *Zeitschrift für Geburtskunde*, vol. IV, p. 435 ; vol. VII, p. 7.

(3) Betschler, *Annalen der Klinischer anstalten der Universität der Breslau*, etc.

(4) Heune, *Siebold's Journal*, vol. VIII, p. 161.

(5) Busch, *Die Geburtshülfe Klinik an der Königl. Friedrich-Wilhelms Universität, zu Berlin*. Berlin, 1837.

(6) Dezeimeris, *L'Expérience*, mai et juin 1839. t. III, p. 144, et t. IV, p. 88 et 385.

(7) Cazeaux, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 6^e édition. Paris, 1862, p. 782.

(8) V. Gauthier, *Du rhumatisme de l'utérus envisagé spécialement pendant la grossesse et l'accouchement*. Genève, 1858.