

42. TOUX, DYSPNÉE. Lorsque ces deux symptômes sont sympathiques de la grossesse, ils se distinguent par des caractères nerveux tranchés de ceux qui sont le résultat de la compression mécanique du poumon, de la pléthore, des affections chroniques antérieures ou aiguës intercurrentes qui sont assez fréquentes pendant la grossesse. La dyspnée et la toux sympathiques, que je rapproche parce qu'elles donnent lieu aux mêmes considérations, se montrent plus souvent isolées que réunies. Les femmes irritables, nerveuses, y sont particulièrement exposées. La dyspnée apparaît sous la forme d'accès passagers qui se répètent plus ou moins fréquemment, quelquefois d'une durée assez longue; ils se manifestent fréquemment avant que le volume de l'utérus puisse gêner la respiration, et sont quelquefois accompagnés de symptômes d'hystérie. La toux est ordinairement sèche; cependant elle est quelquefois accompagnée de l'expectoration de matières visqueuses ou séreuses: c'est par accès qu'elle se reproduit le plus souvent; d'autres fois elle est presque continuelle. Lorsqu'on applique l'oreille sur la poitrine, on ne trouve rien qui puisse l'expliquer. Elle est très opiniâtre; elle offre quelquefois de longues suspensions, mais elle ne disparaît souvent qu'après l'accouchement. Lorsqu'elle est intense, elle devient très fatigante et douloureuse par les secousses qu'elle produit, et fait craindre une hémorrhagie utérine ou l'avortement, et rend le muscle du ventre douloureux; elle occasionne aussi des douleurs de tête assez vives. La saignée, lorsqu'elle n'est pas contre-indiquée par l'état général de la constitution, calme souvent ces accidents. On peut aussi avoir recours à l'opium, à la jusquiame, à la belladone. On a conseillé un petit vésicatoire à l'union des vertèbres dorsales avec les cervicales, qu'on panse avec de l'acétate de morphine.

43. FIÈVRE DES FEMMES ENCEINTES. Plusieurs auteurs ont décrit sous ce titre un état fébrile assez commun chez les femmes enceintes, dont on ne peut trouver la cause ni dans des phlegmasies accidentelles, ni dans les troubles que nous avons passés en revue. Il semble au contraire être sympathique de la grossesse, et se lier d'une manière intime à l'excitation de la portion du système nerveux qui influe particulièrement sur l'action du cœur. Cet état fébrile peut se développer peu de temps après la conception, et persister pendant une grande partie de la durée de la grossesse, et même quelquefois jusqu'à la fin; mais il cesse le plus ordinairement du quatrième au cinquième mois. Le pouls prend une fréquence insolite qui devient encore plus grande vers le soir; la peau est chaude; il existe de l'agitation, qui se manifeste surtout

le soir par de l'insomnie, des rêves fatigants, le besoin de changer fréquemment de place dans le lit. Au point du jour, il survient un peu de repos et un court sommeil souvent accompagné de transpiration partielle. Le matin on trouve les symptômes fébriles calmés, mais l'après-midi ils reviennent, et la nuit suivante se passe aussi mal que la précédente (Burns). Lorsque cet état persiste, il survient de la maigreur, cependant les forces se conservent assez bien. Cette maladie ne se présente pas avec les caractères de la fièvre hectique, mais elle simule souvent de manière à s'y méprendre l'état fébrile qui accompagne la phthisie pulmonaire sub-aiguë, lorsqu'elle n'est pas encore parvenue à une période avancée, et peut facilement pendant les premiers mois éloigner l'idée d'une grossesse, ou faire concevoir des craintes qu'on est tout étonné de ne pas voir se réaliser. Dans deux cas de ce genre qui se sont offerts à mon observation, il y avait en outre de la toux, et malgré l'absence complète de signes positifs, ce n'est que longtemps après l'accouchement que j'ai été convaincu que les symptômes observés ne devaient pas être attribués à la présence de tubercules dans le poumon.

M. Burns, à qui j'ai emprunté la plupart des détails qui précèdent, conseille, lorsque cet état est modéré, de se borner à tenir le ventre libre, à tirer un peu de sang, afin de diminuer l'excitation du système nerveux. On peut être conduit à recourir plusieurs fois à la saignée, qui devra être chaque fois peu abondante, surtout pendant le dernier mois de la grossesse. Mais il ne faut point perdre de vue la constitution de la malade, qui peut rendre l'usage des émissions sanguines extrêmement limité, et même le contre-indiquer. Un régime doux, des boissons tempérantes, les bains tièdes et même froids sont très propres à calmer cette excitation fibrile. Si les laxatifs ne suffisaient pas pour tenir le ventre libre, il faudrait recourir à des purgatifs doux; on remédie à l'insomnie en faisant couvrir peu la malade. D'après M. Burns, les opiacés réussissent rarement et ne doivent pas être portés trop loin. Si une dose modérée d'opium ou de jusquiame ne procure pas un sommeil réparateur, il ne faut pas attendre plus de succès d'une quantité plus grande; souvent rien ne peut améliorer la condition de la malade avant l'accouchement.

44. TROUBLES SYMPATHIQUES DES CENTRES NERVEUX. On pourrait faire entrer dans cette division la plupart des troubles sympathiques que nous avons déjà signalés dans les divers viscères; mais nous devons nous borner ici à caractériser ceux qui sont plus directement sous l'influence de l'action cérébro-spinale. Ces troubles

s'expliquent, soit par une réaction sympathique sur le système nerveux, soit par une augmentation d'activité qu'il partage avec l'utérus et qui le rend plus impressionnable. Il en résulte une idiosyncrasie particulière aux femmes enceintes qui s'affectent sous l'influence de causes qui restent généralement sans effet dans d'autres circonstances.

1° La *manie* se développe quelquefois pendant la grossesse chez des femmes qui n'offrent aucune prédisposition, soit héréditaire, soit individuelle, à ce genre de maladie. Ce qui est fort remarquable, c'est que la grossesse suspend quelquefois momentanément la manie chez des femmes qui en sont atteintes depuis longtemps. C'est ordinairement sous la forme de *monomanie* que les troubles de l'intelligence et des instincts se manifestent chez les femmes grosses; ce qui a fait dire à Goubelley, avant les travaux de Gall, « qu'on pourrait inférer de là qu'il y a dans le cerveau un organe particulier à chaque sens interne, comme il en est un pour chaque sens externe : c'est au moins ce que démontre l'observation journalière. » Il rappelle à cette occasion une dame qui n'avait le jugement sain que pendant la grossesse, mais qui perdait en même temps la mémoire : après l'accouchement, elle recouvrait la mémoire au détriment du jugement. Nous avons déjà parlé des désirs déterminés pour certains aliments, de ces goûts étranges pour des substances non alimentaires et plus ou moins repoussantes. Ces *aberrations* du sens du goût peuvent être portées au point de ne pouvoir plus être contenues par la volonté, et de conduire à commettre des actions condamnées par la raison et la morale. On cite, d'après Baudelocque, une jeune femme qui ne mangeait rien avec autant de plaisir que ce qu'elle avait dérobé en allant faire ses provisions au marché. Une femme des environs de Cologne, citée par Longius, désirant manger de la chair de son mari, l'assassina pour satisfaire à son appétit, et en sala une partie pour prolonger son plaisir. Roderic rapporte l'histoire d'une femme qui voulait manger un morceau de l'épaule d'un boulangier qu'elle voyait souvent de sa fenêtre. Chez d'autres on voit naître une antipathie profonde que rien n'explique ni ne justifie et qui ne peut être maîtrisée. Quelques unes tombent dans un état d'inquiétude et de tristesse qui dégénère bientôt en une *hypochondrie* plus ou moins prononcée. Enfin, dans quelques cas, à la vérité rares, on a constaté une *monomanie homicide*. Je ne puis insister davantage sur les faits qui ont trait à la manie et aux monomanies des femmes grosses sans être conduit à des critiques et à des discussions qui ne doivent trouver place que dans les traités de médecine légale. Je me bornerai à faire remarquer que c'est mal poser

la question que de demander si l'état de grossesse peut faire excuser les crimes commis pendant son cours. La grossesse ne constitue point un état morbide, mais seulement une idiosyncrasie spéciale qui laisse aux femmes enceintes leur libre arbitre dans toute son intégrité. Elle les expose à divers états morbides parmi lesquels on ne peut se refuser d'admettre les monomanies que nous avons signalées. Mais on s'est autorisé de quelques faits extraordinaires et rares qu'on a fini par croire fréquents à force de les répéter, pour tracer un tableau faux ou exagéré des phénomènes de la grossesse. D'ailleurs la folie, comme les autres accidents, peut se déclarer sous l'influence de prédispositions diverses sans que la grossesse y concoure pour sa part. La question se réduit, comme pour tous les cas d'aliénation mentale, à constater le dérangement intellectuel par ses caractères et non par ses causes présumées.

2° *Troubles des sens*. La vue s'affaiblit assez souvent. M. Imbert a observé à l'hospice de la Charité de Lyon une femme qui eut une goutte sereine complète pendant huit mois, et qui en fut guérie aussitôt après son accouchement. Salmuth cite une dame qui devenait aveugle toutes les fois qu'elle était en grossesse, et qui recouvrait la vue lorsqu'elle était accouchée et que ses lochies coulaient convenablement. Les troubles de la vue se présentent sous plusieurs autres formes. Quelques femmes sont tourmentées pendant la grossesse par des bourdonnements d'oreilles. Goubelley a vu une femme sourde qui recouvrait l'ouïe pendant ses grossesses : c'est quelquefois le contraire qu'on observe. L'ouïe, comme la vue, peut être exaltée et donner lieu à des perceptions douloureuses.

Nous avons déjà fait connaître la perversion du goût qui est une des anomalies les plus fréquentes de la grossesse. L'odorat devient quelquefois si impressionnable que les plus faibles odeurs déterminent du malaise et suffisent quelquefois pour provoquer une perte de connaissance. Il n'est pas très rare de voir les aberrations des organes des sens prendre les caractères de véritables hallucinations.

3° *Troubles de la sensibilité*. On observe souvent dans le cours de la grossesse les différentes formes de céphalalgie, des migraines opiniâtres, qui ne sont point liées à la pléthore ni à des maladies accidentelles. Nous avons déjà signalé les diverses névralgies qui se manifestent le plus souvent chez les femmes enceintes. La sensibilité de la peau est quelquefois augmentée au point que le contact le plus léger devient douloureux; d'autres fois ce sont des chaleurs ardentes vers les pieds ou les mains, ou bien une sensation de froid que rien ne peut dissiper. La sensibilité peut être dimi-

nuée sur une grande partie de la surface du corps. Ces aberrations de la sensibilité n'ont rien de commun avec celles qu'on observe dans les membres inférieurs et sur l'abdomen, et qui résultent de la compression et des distensions exercées par l'utérus. La diminution de la sensibilité dans les membres inférieurs, les douleurs sur le trajet de quelques uns des nerfs qui s'y distribuent, celles qui se font sentir dans les parois de l'abdomen, soit sur la peau distendue, soit à l'attache des muscles, sont ordinairement le résultat de la cause mécanique qui vient d'être indiquée. Ces souffrances retentissent souvent jusque sur la partie inférieure de la moelle, et sont alors accompagnées de pesanteur ou de douleur à la région lombaire.

4° *Troubles de la contractilité.* Ils sont plus communs que les précédents et se présentent sous différentes formes très distinctes.

Le *vertige épileptique*, qu'on observe surtout pendant les trois ou quatre premiers mois, n'est pas rare, mais il est ordinairement confondu avec la syncope, parce que les mouvements spasmodiques sont peu prononcés et ont une très courte durée. Au degré le plus faible, il n'y a pas perte de connaissance, la femme est prise de vertiges tout-à-coup ou après quelques instants de malaise. Si elle est debout, elle se hâte de s'asseoir, et le plus souvent sans tomber; quelques instants après, elle n'éprouve plus rien d'insolite; mais, à un degré plus fort, elle perd subitement connaissance, quelquefois en poussant un léger cri étouffé, et tombe à terre si elle est debout. Au moment où elle commence à perdre connaissance et à chanceler, les yeux deviennent fixes, et assez souvent il se manifeste des convulsions légères et partielles des muscles, des yeux, des lèvres, et plus rarement des membres. Cet état a une durée à peine appréciable. La perte de connaissance persiste quelques instants encore après les mouvements spasmodiques, mais elle est complètement dissipée au bout d'une à deux minutes, et il ne reste pas même un air d'hébétude. Pendant l'accès, l'action du cœur n'est pas sensiblement modifiée, et la face est moins pâle que dans la syncope. La perte de connaissance épileptiforme survient ordinairement sans cause appréciable; elle semble quelquefois provoquée par un air trop chaud et renfermé. Il est très rare de voir survenir l'épilepsie sous sa forme ordinaire. Nous disons sous sa forme ordinaire, parce que l'éclampsie, qui est une maladie si souvent fatale aux femmes en travail, semble être une espèce d'épilepsie aiguë dont nous aurons à faire l'histoire dans une autre partie de cet ouvrage.

On observe assez souvent dans le cours de la grossesse, surtout pendant les trois ou quatre premiers mois, des *phénomènes hysté-*

*riques* chez des femmes qui n'y sont pas sujettes dans l'état ordinaire. C'est à cette maladie qu'il faut rapporter la contraction spasmodique du pharynx et de l'œsophage qu'éprouvent à différentes époques quelques femmes enceintes. Cet état donne à la malade la sensation d'un corps étranger qui serait arrêté au gosier et qui gênerait la déglutition. Le spasme s'étend quelquefois en même temps sur le larynx, et cause de l'oppression.

Les troubles du mouvement se présentent quelquefois sous la forme de *contractures prolongées*. M. Capuron a observé une femme qui fut affectée pendant toute la durée de la grossesse d'une rigidité tétanique des muscles de la partie antérieure du tronc.

Plusieurs cas remarquables de *cataplexie* paraissent avoir été provoqués par la grossesse. C'est à cet état que semblent se rapporter les cas de mort apparente qui ont été observés chez des femmes grosses.

On voit quelquefois survenir pendant le cours de la gestation des *hémiplegies* qui débutent tantôt d'une manière brusque, tantôt d'une manière lente, et qui donnent lieu aux principaux symptômes qui caractérisent l'apoplexie ou le ramollissement cérébral. Quelques observations prouvent, en effet, que c'est à l'une ou à l'autre de ces maladies qu'ils doivent être rapportés; car l'hémiplegie est restée permanente ou ne s'est dissipée que fort longtemps après l'accouchement. D'ailleurs, quoique les femmes grosses ne paraissent pas plus prédisposées à l'apoplexie que les autres, on a pu réunir plusieurs observations où cette maladie s'était terminée par la mort. Mais le plus souvent il est impossible de rapporter ces symptômes aux lésions organiques mentionnées; car ces paralysies présentent quelquefois des intermittences et ont une durée qui n'est pas en rapport avec la lésion cérébrale qu'elles peuvent faire supposer et n'en présentent pas les autres symptômes. Si on les observe à une époque rapprochée de l'accouchement, elles ne se dissipent que pendant les couches. Goubelly a observé chez une dame grosse de quatre mois une hémiplegie du côté gauche qui a présenté les caractères d'une affection sympathique de la grossesse. Cet auteur cite quelques exemples de paralysie essentielle chez des femmes enceintes. J'ai vu, en 1837, à la Maternité, une femme âgée de vingt-cinq ans, d'une forte constitution, qui fut prise, à la fin du septième mois d'une première grossesse, d'affaiblissement et de diminution de la sensibilité dans le membre abdominal droit. Je crus d'abord que cet état était un effet de la compression de l'utérus; mais les jours suivants le bras du même côté et la face partagèrent à peu près au même degré l'état du membre inférieur; il n'y avait pas perte absolue de la

sensibilité; la paralysie était également incomplète; la circulation et les autres fonctions ne présentaient point de troubles notables. Comme cette femme était forte sans être précisément pléthorique, je pratiquai une saignée qui n'amena aucun soulagement; je la répétei le lendemain et le jour suivant sans plus de succès; son état ne me paraissant pas alarmant, je cessai d'employer une médication active. Cette hémiplegie cessa tout-à-fait quinze jours avant l'accouchement, et avait présenté, avant de disparaître, de fréquentes intermittences, pendant lesquelles la malade se levait et marchait aussi facilement qu'avant. L'accouchement et les suites de couches ne présentèrent rien de particulier.

Ces considérations sur les troubles du système nerveux qui sont sous la dépendance de la grossesse me paraissent propres à servir d'introduction à l'éclampsie et à la manie puerpérale, qui, à cause de leur fréquence et de leur gravité, ont droit à des descriptions particulières parmi les complications de l'accouchement et les maladies des couches.

Les indications des troubles qui viennent d'être exposés d'une manière générale sont ordinairement fort simples: un régime doux, des bains tièdes, des laxatifs, quelques émissions sanguines si l'état général de la malade le permet, paraissent les moyens les plus propres à calmer ces accidents. On peut également essayer, mais avec ménagement, quelques antispasmodiques. On peut tirer quelques indications spéciales des formes morbides avec lesquelles ils ont le plus d'analogie. Mais il faut dans tous analyser avec soin leurs divers symptômes, afin d'éviter de les confondre avec des maladies accidentelles et indépendantes de la grossesse qui ne s'accommoderaient pas aussi bien de palliatifs et de temporisation.

15. MALADIES DES MAMELLES. Les changements provoqués dans les mamelles par la grossesse prennent rarement des caractères morbides. La douleur qui se lie au mouvement fluxionnaire dont elles sont le siège et à leur accroissement offre quelquefois une intensité assez grande et revêt les caractères d'une névralgie. Dans ce cas, la douleur est rarement continue, et revient ou s'exaspère à des intervalles plus ou moins éloignés qui coïncident souvent avec les époques menstruelles supprimées.

Les douleurs des mamelles pendant les derniers mois de la grossesse sont ordinairement déterminées par l'engorgement et la distension des conduits galactophores par le sérum lactescent trop abondant, qui ne trouve pas toujours un écoulement facile par le mamelon encore mal formé. Cet engorgement douloureux

du sein est quelquefois produit par l'impression du froid. Les mamelles augmentent de volume, deviennent tendues et douloureuses, et les bosselures profondes formées par la glande deviennent plus apparentes et plus dures. A un degré prononcé, les glandes de l'aisselle se tuméfient, et le pouls devient plus fréquent et plus plein; mais il est extrêmement rare qu'à ce degré même il y ait lieu d'avoir recours à une médication active. Des cataplasmes émollients et calmants, quelques laxatifs, sont les seuls moyens qui soient indiqués; ils conviennent encore lorsque la douleur ne paraît pas dépendre de l'engorgement. Des douleurs vives, une réaction prononcée, autoriseraient à avoir recours aux émissions sanguines.

La congestion active des mamelles, la présence du sérum lactescent dans leurs conduits lactifères pendant la grossesse, ne les prédisposent ni aux engorgements inflammatoires ni aux extravasations sanguines. Les abcès du sein, si communs après l'accouchement, sont extrêmement rares pendant la gestation, et l'on ne peut rapprocher qu'un très petit nombre de cas de celui observé par Viardel.

Si je rapproche de l'excitation et de la congestion active dont les mamelles sont le siège pendant la grossesse une observation de Chambon, c'est seulement pour rappeler un fait rare et curieux. Une jeune femme eut pendant tout le cours de sa grossesse les deux seins couverts d'ecchymoses d'un jaune noirâtre; chacune des taches était de la grandeur d'un écu de six livres, quelques unes étaient beaucoup plus étendues: l'aspect en était effrayant. Elles persistèrent, quelque précaution qu'on prit pour les dissiper, et ne disparurent qu'après que le lait et les suites de couches eurent entraîné les liquides qui gonflaient les mamelles. Cependant cette personne était médiocrement serrée dans ses habillements et n'avait éprouvé le choc d'aucun corps solide. Rien n'indiquait d'ailleurs que cet état fût lié à une disposition générale.

16. RELACHEMENT DES SYMPHYSES DU BASSIN. Le relâchement des symphyse du bassin peut être porté au-delà du degré indiqué page 203. Dans ce cas, c'est un état morbide qui altère plus ou moins profondément la station et qui persiste souvent longtemps après l'accouchement. Mais il ne faut pas perdre de vue que plusieurs observateurs ont rapporté à cette espèce de relâchement différents états morbides qui lui sont étrangers, mais dans lesquels il y a ramollissement des symphyse, comme l'ostéomalaxie, les tumeurs blanches et même l'inflammation aiguë des articulations

du bassin qu'on observe quelquefois pendant les couches. La mobilité des os du bassin qui se développe sous l'influence de la grossesse peut constituer une maladie d'une longue durée, mais qui ne paraît pas avoir la gravité qu'on lui attribue dans quelques cas. Si on ne peut pas la considérer comme l'exagération simple des changements que produit ordinairement la grossesse dans les symphyses du bassin, ces changements en sont néanmoins le point de départ, la prédisposition la plus évidente. Une constitution molle et débilitée semble y prédisposer; mais on a singulièrement exagéré cette influence: celle de grossesses nombreuses et très rapprochées paraît plus évidente. Parmi les femmes qui ont présenté cet état, plusieurs étaient fortes et bien constituées; d'autres n'offraient rien de particulier dans leur état général; quelques unes étaient rachitiques et avaient le bassin rétréci. Mais la cause qui paraît véritablement le produire, lorsqu'il existe déjà une prédisposition, est le développement de l'utérus, dont la force d'expansion si puissante réagit avec autant d'énergie contre le bassin que contre la paroi abdominale, surtout s'il rencontre quelque obstacle à son élévation dans l'abdomen.

Le relâchement des symphyses du bassin s'annonce par de la douleur dans les points correspondants aux articulations, lorsque la malade est debout ou qu'elle marche; l'attitude debout est généralement plus pénible que la marche: ces douleurs cessent lorsqu'elle est couchée horizontalement et qu'elle reste immobile. Mais le mal peut être porté beaucoup plus loin: non seulement la station et la marche deviennent douloureuses, mais encore extrêmement difficiles et chancelantes; la femme prend une attitude inclinée et éprouve le besoin d'un soutien; elle a la conscience du déplacement des os, il lui semble que le tronc s'enfonce entre les membres pelviens et qu'elle rentre en elle-même. On peut reconnaître facilement la mobilité des os en appliquant les doigts sur les symphyses et en imprimant des mouvements aux membres inférieurs. On entend souvent en même temps un bruit de frottement et une crépitation très prononcés. Les ligaments qui affermissent les symphyses sont allongés et amincis comme s'ils avaient cédé à une distension mécanique. Sous ce rapport, le relâchement morbide diffère essentiellement de l'écartement purement physiologique dans lequel le fibro-cartilage inter-pubien s'est accru en conservant sa fermeté. Le relâchement des symphyses peut entraîner à sa suite l'inflammation et la suppuration des articulations du bassin et devenir la cause d'accidents graves et funestes, ou laisser pour toujours une mobilité insolite et une marche incertaine et pénible.

Lorsque le bassin n'est pas rétréci, ce relâchement est sans avantage pour la parturition. La distension et les mouvements imprimés au bassin par la contraction de l'utérus et des muscles abdominaux peuvent rendre l'accouchement plus pénible, plus douloureux et plus long, comme l'a observé Baudeloque dans un cas; mais on a trop généralisé cette particularité, qui ne doit être considérée que comme une exception. Dans plusieurs cas qui se sont présentés à l'observation de Désormeaux, ce praticien n'a pas vu que cette circonstance ait eu aucune influence sur l'intensité des douleurs, la durée et l'issue du travail. Il en a été de même dans la plupart des observations qui ont été publiées. S'il existait en même temps un rétrécissement du bassin et que le défaut de rapport entre ce canal et la tête du fœtus fût peu considérable, cet état de symphyse serait une ressource heureuse et permettrait la terminaison d'un accouchement qui, sans cela, eût été beaucoup plus difficile.

Les indications pendant la grossesse se bornent ordinairement à éviter de fatiguer les articulations par l'attitude debout et la marche, à garder le repos dans le décubitus horizontal, à maintenir autant que possible les os du bassin immobiles par un bandage de corps bien appliqué: une ceinture préparée à cet effet remplit mieux l'indication. S'il survient des accidents inflammatoires, on les combat par les antiphlogistiques; sinon, on seconde les effets de l'immobilité par des applications toniques et un régime fortifiant. Pendant la grossesse, on ne peut que s'opposer aux progrès du mal, et l'on ne doit pas espérer d'obtenir la guérison. Au moment du travail, on doit soutenir avec encore plus de soin les articulations, car elles courent le danger très grave d'être déchirées. Il faut redoubler d'attention s'il devient nécessaire, pour une cause ou pour l'autre, de terminer l'accouchement artificiellement. Après la délivrance, on doit diriger le traitement pour obtenir la guérison radicale. S'il survient des accidents inflammatoires, on les combattra par des applications de sangsues, des topiques émoullients; mais si cette complication, qui est d'ailleurs assez rare, ne se manifeste pas, il faut se borner à faire garder le repos, à maintenir pendant longtemps une compression méthodique autour du bassin, et revenir à une alimentation tonique et fortifiante aussitôt que l'état de la malade le permet. Assez souvent après six semaines ou deux mois, les articulations sont revenues à leur état normal; mais si, à cette époque, il n'est survenu aucune amélioration, on peut être presque assuré que le mal se prolongera très longtemps: c'est alors qu'on administre la médication tonique sous toutes les formes. Les bains

froids, les bains de mer, l'habitation à la campagne, etc., ont eu dans quelques cas de bons résultats. Mais il ne faut pas abandonner l'usage des appareils qui maintiennent les os immobiles; ils deviennent un palliatif très efficace dans les cas assez nombreux où l'on ne peut pas obtenir la guérison.

47. DISTENSION DE LA PAROI ABDOMINALE. On a vu, page 483, que cette distension pouvait être portée au point de produire des éraillures avec ecchymoses dans l'épaisseur du derme, la partie la plus résistante et la moins extensible des téguments. Chez beaucoup de femmes, la période pendant laquelle on voit se dessiner sur la partie inférieure de l'abdomen des lignes sinueuses rouges, bleuâtres ou brunes, est un temps de souffrances assez vives. Dans ce cas, la peau est tendue outre mesure; son aspect luisant fait encore ressortir les stigmates dont elle se recouvre par degré; elle est endolorie dans une grande étendue et devient par moment le siège de douleurs très vives.

La distension des aponévroses et des muscles occasionne assez souvent des douleurs plus ou moins vives au-dessous des téguments; mais c'est surtout vers les attaches des muscles qu'elles se font sentir. Les points douloureux que beaucoup de femmes enceintes éprouvent à la base de la poitrine n'ont pas ordinairement d'autres causes. Ces douleurs, le plus souvent limitées dans un espace peu étendu, sont tantôt continues et fixes, tantôt intermittentes et mobiles; mais dans tous les cas elles ont beaucoup de ressemblance avec les douleurs rhumatismales musculaires.

Les ressources propres à remédier à cet état de souffrance sont naturellement très bornées; on obtient néanmoins un soulagement sensible des embrocations huileuses et calmantes, des bains, des laxatifs, si le cours des matières est gêné. Un bandage disposé de manière à soutenir le ventre de bas en haut et d'avant en arrière, afin de concourir avec la paroi abdominale à supporter le poids de l'utérus, est le moyen le plus propre à procurer du soulagement. On peut atteindre ce but avec une serviette; mais comme il faut donner au bandage de corps qu'elle forme une direction très oblique et qu'elle doit être fixée très haut en arrière, elle se dérange avec facilité et remplit souvent mal l'indication qu'on se propose. Si les souffrances sont considérables et prolongées, ou qu'on ait lieu de craindre, soit par des dispositions antérieures, soit par un excès de distension de la ligne blanche et des anneaux, de voir survenir des prédispositions aux hernies, il faut recommander l'usage d'un bandage mécanique approprié à l'indication à remplir.

48. DOULEURS DE REINS. Les douleurs de reins sont fréquentes à toutes les époques de la grossesse. Elles précèdent et accompagnent ordinairement l'avortement, et sont souvent plus fortes et plus précoces suivant la cause qui les provoque. C'est également un symptôme très commun dans les différentes affections de l'utérus à l'état de vacuité. Dans l'état de plénitude, il est souvent fort difficile de distinguer les douleurs de reins qui se manifestent uniquement sous l'influence du développement de l'utérus, de celles qui sont symptomatiques d'une hémorrhagie utérine, d'un avortement éminent ou d'autres affections qu'il nous reste à faire connaître. C'est en prenant l'effet pour la cause qu'Hippocrate a dit, et qu'on répète encore que les douleurs des lombes sont une cause fréquente d'avortement. En dehors des hémorrhagies utérines, des différentes causes d'avortement et d'autres affections bien déterminées, dans lesquelles les douleurs de reins apparaissent comme prodromes et symptômes, on trouve encore ce phénomène à des degrés variables chez un assez grand nombre de femmes, sans qu'on puisse le rapporter à aucun état morbide; il semble alors purement symptomatique ou sympathique du développement de l'utérus et de ses nouvelles fonctions. La plupart des femmes qui sont atteintes de ces douleurs ne semblent pas beaucoup plus prédisposées à l'avortement et à l'accouchement prématuré que les autres. Elles sont ordinairement peu intenses pendant les premiers mois; c'est un sentiment de pesanteur et de lassitude accompagné d'une douleur sourde qui se fait plus particulièrement sentir le soir, ou après des occupations qui ont exigé quelques efforts corporels, une marche ou une attitude debout plus prolongée que de coutume; mais souvent aussi, ces exacerbations surviennent sans causes appréciables. Les douleurs de reins offrent de longues intermittences; chez quelques femmes elles reviennent assez régulièrement aux époques menstruelles et se dissipent au bout de quelques jours. Pendant les premières périodes de la grossesse elles paraissent souvent liées à un état de congestion de l'utérus, tandis que pendant les dernières, elles semblent provoquées par sa distension et par les pressions que subit son segment inférieur; car dans les cas où elles se manifestent avec le plus d'intensité, il est souvent le siège d'une tension prononcée de douleurs passagères. Elles revêtent quelquefois vers la fin de la grossesse une grande intensité. Quelques femmes sont prises, huit, quinze jours et même un mois, six semaines avant d'accoucher, de douleurs de reins aussi intenses que celles qui se manifestent si souvent pendant le travail; plusieurs même de celles qui ont déjà accouché restent convaincues qu'elles ont

souffert pendant plusieurs jours les douleurs de l'enfantement. Ces douleurs présentent des exacerbations qui sont tantôt provoquées par rien, tantôt par l'action de marcher ou de se tenir debout; il faut à la patiente beaucoup d'énergie pour qu'elle continue à vaquer à ses occupations; le plus souvent elle est forcée de garder le repos pendant une partie de la journée. L'utérus est quelquefois le siège d'un peu de tension et de douleur, mais sans présenter ni véritables contractions, ni contracture spasmodique; il n'y a pas ordinairement de fièvre: seulement les traits de la figure sont plus tirés et expriment une grande fatigue; elle arrive ainsi, après des alternatives prolongées de souffrance et de calme imparfait, au terme de la grossesse, qui n'est pas ordinairement avancée. Les douleurs de reins des derniers temps de la grossesse ne sont pas bornées à la région lombaire, elles s'étendent en bas, jusque vers la partie inférieure du sacrum et sur les côtés, dans les symphyses sacro-iliaques; quelques femmes accusent en même temps un sentiment de distension dans le bassin. Quoique ces douleurs, qui sont sourdes; profondes, ressemblent assez bien à celles qu'on éprouve dans les articulations des membres inférieurs à la suite de longues fatigues, il ne paraît pas cependant qu'elles aient leur siège dans les parties fibreuses des symphyses sacro-iliaques ni dans celles des vertèbres. Elles doivent être rapportées, comme celles qui sont symptomatiques d'affections bien déterminées, à la partie inférieure de la moelle et aux cordons qui s'en séparent pour former les plexus lombosacrés. On ne peut pas les attribuer à la compression de leur branche par l'utérus, qui ne peut les atteindre que dans les cas où il se trouve dans un état d'abaissement peu ordinaire. Elles paraissent donc être à peu près exclusivement sous la dépendance de l'utérus, et résulter tantôt d'un état de congestion, tantôt d'un état de distension. Celles qui se manifestent dans les derniers temps de la grossesse dépendraient plus principalement de l'ampliation du col, qui se fait plus rapidement, d'une manière moins graduelle et en portant plus loin la distension mécanique.

Les douleurs de reins, surtout pendant les huit premiers mois de la grossesse, doivent être l'objet d'une attention toute particulière, jusqu'à ce qu'il soit bien démontré qu'elles ne sont pas le prodrome, soit d'une hémorrhagie utérine, soit d'un avortement. Si elles sont intenses et que l'état de la malade le permette, on devra avoir recours à des émissions sanguines modérées, alors même que la nécessité n'en paraît pas bien démontrée; elles produisent ordinairement du soulagement en diminuant la

congestion et l'irritabilité de l'utérus; on en secondera l'effet par le repos, les bains et des quarts de lavement rendus calmants par l'addition de quinze à vingt gouttes de laudanum, par des topiques adoucissants appliqués sur le ventre.

19. TROUBLES DE L'APPAREIL URINAIRE. Les conséquences du développement de l'utérus, par rapport à la vessie, exposées page 181 sous le point de vue de la disposition des parties, amènent ordinairement des troubles dans l'excrétion des urines. Un assez grand nombre de femmes enceintes éprouvent, du quatrième au sixième mois, des envies fréquentes d'uriner, qui diminuent à mesure que l'utérus s'élève dans la cavité abdominale; mais elles repaissent fréquemment avec des caractères plus fatigants pendant les derniers mois, surtout à l'approche de l'accouchement. Il est cependant rare qu'il survienne une véritable rétention, à moins que l'utérus ne soit déplacé. Mais tout en conservant sa position normale, la difficulté d'uriner peut être portée plus loin, causer une incommodité très fatigante et douloureuse. Les femmes qui ont fait plusieurs enfants y sont plus sujettes que les autres. La vessie ne se vide qu'incomplètement, et reste dans un état de distension plus prononcée sur les points où elle trouve moins de résistance. Après des envies plus ou moins répétées, accompagnées de ténesme, elles rendent avec effort et douleur une petite quantité d'urine. Il en résulte pour plusieurs une espèce d'incontinence, soit que la vessie ait perdu en grande partie son énergie sous l'influence d'une distension trop prononcée, soit plutôt seulement par les secousses imprimées à ses parois par l'utérus. On voit, en effet, que le moindre mouvement suffit pour faire sortir l'urine; elles se sentent mouillées lorsqu'elles marchent, qu'elles descendent un escalier, qu'elles font un effort comme dans l'action de rire ou de tousser. Cette incontinence disparaît ordinairement lorsqu'elles sont couchées. Les urines peuvent être rendues ainsi, sans qu'il y ait paralysie ni même affaiblissement du col. Lorsque la difficulté d'uriner sans ou avec des symptômes d'incontinence est très prononcée, la malade doit être surveillée avec soin, car elle peut être prise momentanément d'une rétention complète. Si la vessie ne se vide que très incomplètement, et qu'elle forme une tumeur à l'hypogastre ou dans le bassin, il faut avoir recours au cathétérisme plusieurs fois par jour, jusqu'à ce que les urines aient repris leur cours ordinaire. A un degré moins prononcé, il suffit quelquefois de soulever le ventre pour permettre la sortie des urines; plusieurs éprouvent un soulagement très marqué d'une ceinture qui soutient le ventre, ou du cubitus dorsal pendant

une partie du jour. S'il y a du ténesme, de l'irritation au col de la vessie, il faut en outre recommander les bains, etc. La plupart des cas d'avortement, de rupture de la vessie, à la suite de la rétention de l'urine, appartiennent à la rétroversion de l'utérus.

Le besoin fréquent d'uriner et l'incontinence d'urine ne paraissent pas constamment produits par un obstacle mécanique; ils semblent quelquefois dépendre d'une irritation de la vessie ou de son col, survenue à l'occasion de la grossesse. Dans quelques cas, on observe les principaux symptômes du catarrhe vésical. Les reins eux-mêmes paraissent quelquefois être le siège de troubles sympathiques. Plusieurs observations tendent à faire croire que les femmes sont plus sujettes aux douleurs néphrétiques pendant la grossesse que dans l'état ordinaire. C'est pour cela que les délayants, les bains, le nitre, le camphre, les opiacés, sont employés d'une manière avantageuse, lorsqu'on remédie aux obstacles mécaniques.

20. PRURIT DE LA VULVE. Les démangeaisons excessivement vives des parties génitales externes, sans être une maladie exclusivement propre à la grossesse, surviennent plus fréquemment chez les femmes enceintes que chez les autres. Les parties qui en sont le siège ne présentent pas de lésions appréciables; la rougeur de la muqueuse, la tuméfaction et les excoriations qu'on observe souvent, lorsque la maladie dure depuis quelque temps, sont produites par les doigts de la malade, qui ne peut résister au besoin de se gratter fréquemment et avec force, et il se joint alors au prurit un sentiment d'ardeur douloureuse. Pour beaucoup de femmes, ce n'est plus une incommodité fatigante, mais un véritable état de souffrance qui leur donne de l'agitation, les prive du sommeil, et les force à réclamer les secours de l'art. Le prurit de la vulve n'est pas ordinairement continu; il offre des suspensions plus ou moins longues qui sont suivies d'accès plus ou moins vifs, souvent provoqués ou exagérés par la chaleur du lit. Les bains, les lotions émollientes, souvent répétés, les cataplasmes de même nature, produisent ordinairement un soulagement marqué. Lorsque les démangeaisons sont accrues par la chaleur, on retire de bons effets des applications froides. On a aussi recommandé les lotions sulfureuses et les applications astringentes sous leurs différentes formes; les pommades au calomel, au sous-carbonate de potasse, etc., avec addition d'opium. Quelques praticiens ont eu recours à la saignée, à des applications de sangsues, dont ils paraissent avoir retiré de bons effets. Quoi qu'il en soit, les ressources de l'art ne sont souvent que des palliatifs, et le mal cesse

après un temps plus ou moins long, sans qu'on puisse toujours l'attribuer aux remèdes employés.

21. LEUCORRHÉE DES FEMMES ENCEINTES. Pendant les quatre derniers mois de la grossesse, les femmes grosses sont souvent prises d'écoulements muqueux abondants qui pourraient donner lieu à des doutes sur leur nature, si on n'était pas prévenu de cette circonstance; d'autant mieux que dans les cas où ils se présentent avec des caractères aigus, la matière a une couleur jaune-verdâtre assez prononcée; mais le plus ordinairement son aspect est muqueux et lactescent. Les écoulements coïncident souvent avec des granulations nombreuses sur la muqueuse du vagin. « Nous les avons fréquemment observées chez des femmes enceintes, dit M<sup>me</sup> Boivin; elles existaient avec un écoulement lactescent et un prurit parfois insupportable. Le vagin semblait, au toucher, grenu de toutes parts, et quelquefois les granulations étaient dures, saillantes, presque aiguës, de manière à simuler des verrues ou des boutons miliaires: tout cela disparaissait spontanément après l'accouchement, et l'on ne pouvait guère diminuer l'irritation locale durant la grossesse que par des bains, des injections, etc. » Cullerier avait déjà reconnu cet état de choses et son caractère bénin.

22. HYDRORRHÉE UTÉRINE. On désigne ainsi depuis quelques années, d'après M. Naegelé, les écoulements séreux généralement connus sous le nom de *fausses eaux*. La place que doit occuper cette espèce d'hydropisie n'est pas encore rigoureusement déterminée. On ne sait pas d'une manière précise si elle a son siège à la face interne de l'utérus ou dans les membranes de l'œuf. On voit survenir chez quelques femmes enceintes des écoulements séreux qui ont ordinairement lieu d'une manière brusque, et qui rappellent à part la quantité, l'écoulement du liquide amniotique pendant le travail; quelquefois cependant ils se font goutte à goutte et durent quelque temps. Celiquide, en apparence du moins, offre les caractères de l'eau de l'amnios; il est tantôt incolore, tantôt légèrement jaune, quelquefois un peu sanguinolent; son odeur rappelle celle des annexes du fœtus; sa quantité est fort variable, médiocre le plus souvent, et quelquefois très considérable. Ces pertes séreuses peuvent n'avoir lieu qu'une seule fois, ou bien se répéter pendant une partie de la durée de la grossesse, à des époques plus ou moins rapprochées; on ne les a guère observées que pendant sa dernière moitié. En général, aucun phénomène, aucun état morbide appréciable ne les précède ou les accompagne. On a signalé dans quelques cas un état



de pléthore, et dans d'autres un état de faiblesse général. Elles surviennent tantôt au milieu du calme de la nuit, tantôt dans la journée, quelquefois à l'occasion de mouvements, d'émotion, etc. Lorsqu'elles surviennent pendant le travail, elles sont provoquées par les contractions de l'utérus, et passent ordinairement pour l'écoulement de l'eau de l'amnios. Mais à part cette circonstance, il n'y a pas de contractions. Cependant, dans les cas où l'écoulement séreux est très abondant, soit parce qu'il est continu, soit parce qu'il se répète fréquemment, il finit quelquefois par en déterminer; mais en général, il ne produit aucun trouble dans la gestation ni dans le développement et l'état de santé du fœtus; et après l'accouchement, on ne trouve pas dans ses annexes de lésions qui puissent faire reconnaître si elles en ont été le siège.

On a fait dans ces derniers temps des recherches assez nombreuses pour déterminer la cause et le siège de ce singulier écoulement séreux; mais elles n'ont guère eu d'autres résultats qu'une critique plus sévère et mieux raisonnée des diverses hypothèses qui ont été déjà proposées, et on a considéré comme vraie la moins invraisemblable. En comparant ces pertes d'eau et leurs conséquences avec celles qui résultent de la rupture du chorion et de l'amnios, on voit d'une manière assez certaine que ce n'est pas à un accident de ce genre qu'elles doivent leur origine. A une époque peu avancée de la grossesse, il existe du liquide entre le chorion et l'amnios, et dans la cavité de la caduque. Cette eau peut, à la rigueur, persister, devenir accidentellement plus abondante, et s'écouler à une époque plus avancée de la grossesse sans provoquer l'expulsion de l'œuf. Mais il faut remarquer que le chorion ne se prête pas aussi facilement à des ruptures spontanées. Quant à la poche formée par la caduque, elle peut facilement se déchirer; mais on conçoit difficilement qu'elle renferme une aussi grande quantité de liquide, et qu'il puisse se reproduire une fois qu'il a été expulsé. On ne peut pas supposer qu'il provienne de la rupture d'hydatides, puisque dans les cas où le délivre a été examiné, on l'a trouvé exempt d'altérations. Il est donc très vraisemblable que les *fausses eaux* ne proviennent pas de l'intérieur de l'œuf. Des auteurs ont pensé qu'elles étaient produites par une exhalation séreuse de la face interne de l'utérus, et qu'il se faisait un épanchement de liquide entre la caduque et l'utérus qui restait caché jusqu'à ce qu'il s'étendit vers le col, et que sa quantité ou une cause accidentelle le forçât à se frayer une voie au-dehors. Cette hypothèse explique d'une manière satisfaisante toutes les particularités de ces écoulements. Elle est encore fortifiée par l'im-

probabilité de celles que nous avons déjà énoncées. Elle a été adoptée par M. Naegelé, qui a cherché à la rendre plus précise en admettant une inflammation partielle de la surface interne de l'utérus et des membranes, qui entraînerait sur ce point un décollement et l'épanchement d'une partie des liquides qui pénètrent de la mère dans l'œuf. Lorsque l'épanchement qui a son siège entre l'utérus et la caduque a pris un certain développement, des contractions perçues ou non par la mère forcent le liquide à décoller de proche en proche les membranes jusqu'au voisinage du col. Mais l'absence de phénomènes morbides, soit du côté de la mère, soit du côté de l'œuf, ne permet guère de croire à l'existence d'un état inflammatoire quelconque. On n'a pas d'ailleurs retrouvé sur les délivres des traces d'inflammation ancienne. Mais l'utérus peut être le siège d'un écoulement séreux, sans qu'il soit nécessaire d'admettre, comme l'a fait M. Naegelé, l'existence d'une inflammation. Dans deux cas observés à la clinique de M. Dubois, et rapportés par M. Chailly, le liquide provenait évidemment de l'utérus. Une des femmes rendit à plusieurs reprises, pendant la grossesse, une quantité de liquide qui fut évaluée de sept à huit litres. Accouchée à terme, elle continua à rendre une très grande quantité d'eau, à peine teinte de sang le premier jour, et qui, dès le second, avait repris sa limpidité. Cet écoulement, qui semblait avoir remplacé les lochies, dura cinq à six semaines. L'autre femme, extrêmement infiltrée, entrée à la clinique dans les premiers mois de sa grossesse, perdait des eaux en abondance aux époques correspondantes à ses règles. L'écoulement continua plus de quinze jours après l'accouchement.

Les cryptes muqueux de la face interne de l'utérus, et particulièrement ceux qui occupent le col, prennent quelquefois pendant la grossesse un développement extraordinaire, et sont distendus par un liquide transparent. Lorsque de semblables kystes existent, ils doivent presque nécessairement se rompre à une certaine époque de leur développement et donner lieu à des écoulements aqueux plus ou moins répétés.

On voit, par ce qui précède, combien on est autorisé à regarder comme hypothétiques les différentes opinions sur le siège et l'origine des fausses eaux; on doit avouer qu'on ne sait rien de positif à cet égard. On ne peut pas même affirmer positivement qu'elles ne proviennent pas, au moins quelquefois, de la cavité de l'amnios; car si la perforation de l'œuf dans le point le plus déclive ou dans le voisinage du col est nécessairement suivie, après un temps assez court, de son expulsion, il pourrait bien ne pas en être de même lorsque la fissure existe vers le fond de l'u-

térus ou sur un point très élevé. Au reste, l'incertitude dans laquelle on est forcé de rester n'a aucune conséquence fâcheuse, puisque l'hydrorrhée n'est pas une maladie grave, et qu'elle n'exige le plus souvent aucune espèce de traitement. Dans des cas de pertes aqueuses réitérées, coïncidant avec un état de pléthore, M. Naegelé paraît avoir obtenu quelques succès des émissions sanguines, des délayants et des diaphorétiques. On donnerait aux femmes d'une constitution faible des toniques, des amers, une nourriture substantielle. S'il survenait des contractions utérines, il faudrait insister sur le repos, sur les quarts de lavements rendus calmants par quinze à vingt gouttes de laudanum.

23. DOULEURS DE L'UTÉRUS. En dehors des contractions expultrices et des contractures spasmodiques, l'utérus est fréquemment, dans le cours de la grossesse, le siège de douleurs plus ou moins vives et plus ou moins prolongées, qui appartiennent sans doute à des états morbides différents, mais dont les caractères distinctifs ne sont pas assez tranchés et n'ont pas encore été étudiés avec assez de soin pour être décrits séparément. D'ailleurs les désordres liés au développement de l'utérus et les phénomènes de la grossesse sont souvent si multipliés, qu'il devient presque impossible, dans ce chaos, de rapporter chaque phénomène à sa cause réelle et à son véritable état morbide : ce point de la pathologie des femmes grosses est encore loin de pouvoir être élucidé d'une manière satisfaisante. Tout en rapprochant ces états morbides sous un titre tiré d'un symptôme commun, nous chercherons autant qu'il nous sera possible à saisir et à établir les différences qui peuvent conduire à les distinguer les uns des autres.

1° On voit souvent, surtout pendant la première moitié de la grossesse, survenir sous l'influence de *congestions utérines, actives et passives*, des douleurs locales sur quelque point de l'utérus, et quelquefois sur une grande étendue; ces douleurs offrent assez souvent des exacerbations, des suspensions, et même des déplacements. Si des moyens préventifs ne sont pas employés à temps, elles sont assez souvent suivies d'un écoulement de sang par le vagin. Nous ne devons pas insister ici sur cette variété qui est ordinairement accompagnée d'autres phénomènes propres à la faire connaître, parce que tout ce qui s'y rapporte est exposé avec détail aux articles *Hémorrhagie et Avortement*.

2° Chez un très grand nombre de femmes, à toutes les époques de la grossesse, mais surtout pendant les trois ou quatre derniers mois, l'utérus devient le siège de douleurs plus ou moins circon-

scrites ou étendues, tantôt d'une durée assez longue, tantôt passagères, fixes ou mobiles. Dans un assez grand nombre de cas, elles ne restent pas limitées dans les parois de l'utérus, mais s'irradient vers quelques uns des organes de la cavité abdominale, du côté du bassin, et occasionnent des ténesmes au col de la vessie, de la pesanteur et des douleurs de reins; elles sont augmentées par la pression sur l'abdomen, les mouvements du fœtus, etc. Si, dans le principe, on peut craindre des prodromes d'hémorrhagie ou d'avortement, on ne tarde pas à acquérir la certitude que ces douleurs ne sont pas le symptôme d'un état grave; le pouls reste calme et les autres fonctions n'éprouvent pas de dérangements. Il est très probable que ces douleurs sont dues à la *distension de l'utérus*, qui ne se prête pas chez toutes les femmes, soit à cause de dispositions primitives ou acquises, avec la même facilité au développement de l'œuf; il en résulte des tiraillements douloureux, qui sont de même nature et qui reconnaissent la même cause que ceux que nous avons signalés dans les téguments et dans les muscles de l'abdomen; car quoique le développement de l'utérus se fasse en grande partie sous l'influence de causes actives, cet organe n'éprouve pas moins une distension mécanique plus étendue sur certains points que sur d'autres. C'est ainsi que le péritoine du fond, surtout en arrière et dans le voisinage des trompes, subit assez souvent des éraillures qui sont analogues à celles de la peau du ventre.

3° Chez un assez grand nombre de femmes, l'utérus ne jouit pas d'une mobilité parfaite, à la suite d'anciennes inflammations de la portion du péritoine qui le recouvre et qui forme les ligaments larges, il a assez souvent contracté sur quelques points, soit par ses faces, soit par ses prolongements latéraux, des adhérences avec les parties voisines. La *fixité anormale de la matrice* est peut être moins souvent la cause d'avortement que ne l'a cru madame Boivin, parce que les adhérences sont de nature à se prêter, sans beaucoup de difficultés, à l'évolution de l'utérus; mais il est presque impossible qu'il n'en résulte pas ordinairement dans les parties tirillées, des douleurs plus ou moins vives, plus ou moins persistantes. Les adhérences oblitérant partiellement la cavité du péritoine, et qui s'opposent à l'élévation de l'utérus dans l'abdomen, peuvent également occasionner des tiraillements douloureux. On voit en effet très souvent les femmes qui ont été affectées de métrite-péritonite à la suite de couches, être tourmentées, aux grossesses suivantes, par des douleurs abdominales et utérines très persistantes.

4° On voit quelquefois survenir, pendant le cours de la gros-