

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, comme on peut le voir dans l'observation suivante, due à Duclos (2):

OBSERVATION. — *Hydropisie de l'amnios, qui a nécessité l'accouchement avant terme* (1815). — Madame de S..., âgée d'environ vingt-cinq ans, d'une constitution faible et lymphatique, éprouva à sa cinquième grossesse des incommodités extraordinaires. Vers le milieu du septième mois, elle est prise d'une toux sèche et très-fréquente, qui interrompt son sommeil; à la suite d'un bain de propreté, la toux devint plus forte et tout empira: fièvre, soif inextinguible, peau sèche, urines rares et briquetées, œdème des extrémités inférieures, visage décoloré, insomnie; tels sont les symptômes qu'elle présentait. En moins de huit jours le ventre devint plus dur, tendu, douloureux et très-volumineux; la respiration, gênée et laborieuse, ne permit pas à la malade de garder la position horizontale; elle était obligée de rester assise sur son lit ou sur une chaise longue, ayant le dos appuyé contre un corps solide: hoquet, palpitations de cœur, vomissements presque continuels, douleurs déchirantes dans les reins, cessation des mouvements de l'enfant, anxiété, défaillances, aphonie. La malade ne se faisait comprendre que par quelques signes. C'est dans ce déplorable état, qui à chaque instant devenait plus alarmant, que j'examinai la malade; j'eus bientôt reconnu l'extension et l'élévation de la matrice. Cet organe semblait occuper toute la cavité abdominale; son orifice était tourné en arrière et en haut vers la base de l'os sacrum; la fluctuation d'un liquide renfermé dans sa cavité était partout manifeste.

Une consultation fut sur-le-champ convoquée: on appela MM. Cabiran,

(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.

(2) Duclos, *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, juin 1818, t. VI, p. 222.

Vignérie, Froment et moi; à notre arrivée, le pouls était petit et faible, la figure abattue et grippée, la respiration très-courte et précipitée, et la malade paraissait suffoquée lorsqu'elle changeait de position.

Les consultants reconnurent l'hydropisie de l'amnios et le danger imminent dont madame de S... était menacée. Ils convinrent aussi que le péril était inséparable de l'accouchement provoqué, et néanmoins tous s'accordèrent à dire que c'était le seul parti qui offrit à la malade quelques chances de salut.

La nécessité de l'accouchement fut donc unanimement reconnue; mais les consultants se divisèrent sur le choix des moyens pour provoquer l'accouchement. Comment, en effet, se résoudre à opérer forcément la dilatation de l'orifice utérin, à perforer les membranes et faire évacuer les eaux, lorsque l'orifice utérin situé en arrière et en haut était hors de la portée des doigts? Pour exécuter un tel dessin, il fallait opérer dans les parties une dilatation extraordinaire! Or, la femme était réduite au dernier degré de faiblesse, et les mouvements inséparables de l'opération pouvaient aisément éteindre le souffle de vie qui lui restait. Quant à moi, persuadé que l'extrême plénitude de la matrice, causée par l'accumulation de la sérosité, devait exciter la dilatation de l'orifice utérin, je fus d'avis d'attendre un commencement de travail; hors de là toute entreprise me paraissait imprudente et dangereuse.

La consultation s'ajourna au lendemain matin, et il fut convenu que pendant la nuit qui était près d'arriver, on ranimerait la malade par quelques cuillerées de jus de viande et de bon vin. Notre conseil fut suivi avec la plus grande exactitude, mais la malade rejetait par le vomissement tout ce qu'elle venait de prendre.

Larrey fut appelé à la consultation du lendemain, où l'état de la malade paraissait encore plus désespéré. La question de l'accouchement forcé fut de nouveau discutée, et l'on décida que, dans un état de faiblesse si grand, l'opération était environnée de trop de dangers pour être entreprise. On convint qu'il ne fallait provoquer l'accouchement que lorsque l'orifice utérin arrivé à la portée des doigts présenterait un commencement de dilatation.

Madame de S... reçut les derniers sacrements et trouva dans les secours de la religion les consolations et le courage dont elle avait un si pressant besoin; peu de temps après, elle eut une défaillance qui fit craindre pour ses jours; dès qu'elle fut remise, je l'examinai de nouveau et je trouvai que l'orifice utérin commençait à se dilater. Ayant introduit l'extrémité du doigt indicateur d'une main, je percutai avec l'autre l'abdomen dans ses différentes régions; la fluctuation des eaux était partout sensible aux doigts. Voyant que la malade venait d'éprouver de nouvelles suffocations, je me déterminai à percer tout de suite les membranes et fis évacuer les eaux de l'amnios en quatre reprises, mettant environ un quart d'heure d'intervalle entre chaque évacuation. C'est avec mon doigt introduit dans l'orifice utérin que j'arrêtai et provoquais alternativement l'écoulement des eaux; une nappe qui pressait légèrement le ventre dans tous les sens secondait mon opération. Je recueillis dans un vase environ quatorze litres d'eau, et je ne pus apprécier celle qui s'écoula hors du vase.

Bientôt le vomissement cessa et la respiration devint libre; je laissai repo-

ser la malade pendant cinq heures, et j'employai ce temps à relever ses forces par l'administration fréquente d'un peu de jus de viande et de vin généreux. La toux et les palpitations de cœur disparurent ; mais la matrice frappée d'inertie ne faisant aucun effort, je me décidai à terminer l'accouchement.

Sans changer la situation de la malade, je la fis soutenir par des aides ; ensuite avec ma main droite je dilatai l'orifice utérin, qui était mince et peu résistant. En pénétrant dans la cavité de la matrice, je trouvai d'abord le sommet de la tête et le cordon de l'enfant, situés sur le détroit abdominal. La tête étant petite et placée diagonalement, je vis qu'il me serait plus facile d'opérer l'accouchement par la tête que par les pieds ; en conséquence j'allongeai ma main par-dessus le sommet de la tête et jusque sur le front, qui était en arrière sur le côté droit de l'angle sacro-vertébral ; en même temps j'appliquai le pouce sur le milieu de la région occipitale ; et la tête saisie fut tirée dans la même direction qu'elle avait prise, et engagée diagonalement dans la cavité du petit bassin. Je continuai de l'extraire en lui imprimant la même direction qu'elle prend pour l'ordinaire dans l'accouchement naturel ; l'enfant, appartenant au sexe féminin, sortit en peu de temps, et en vie. Elle était extrêmement petite et faible, avait les membres très-grêles, les paupières fermées et poussait des cris languissants. Tout me fit juger qu'elle n'était pas à terme ; d'après le calcul de la mère, elle serait née à sept mois moins quelques jours.

On confia le nouveau-né à une nourrice qui lui prodigua toutes sortes de soins, et qui parvint à lui faire prendre la mamelle, après l'avoir nourri pendant plusieurs jours avec un mélange de lait et de sucre. Les évacuations qui ont lieu dans les premiers jours de la naissance ne furent point copieuses ; l'enfant resta deux ans avec sa nourrice ; mais, quoique très-vive à cet âge, elle avait à peine le volume d'un enfant à terme, et le travail de la dentition n'était pas commencé.

Dès qu'elle fut sortie du sein maternel, je serrai un peu plus le bandage de corps de la mère, et m'efforçai d'exciter le jeu de la matrice, tantôt par des frictions faites sur le ventre avec de l'eau de Cologne, et tantôt par des titillations que j'exerçais sur l'orifice utérin. Pendant tout ce temps, on donnait fréquemment à l'accouchée une petite quantité de jus de viande et d'excellent vin. Mais aucun de ces moyens, ni les légères tractions du cordon ombilical, ne purent provoquer les contractions utérines. Cependant, madame de S..., très-fatiguée par un travail qui durait depuis six heures, paraissait incapable du léger travail qu'exigeait la deuxième délivrance. Voyant cette impuissance de la nature, je procédai à l'extraction de l'arrière-faix, que j'obtins sans peine. Il ne présenta rien de particulier, si ce n'est une petitesse qui contrastait avec l'ampleur des membranes.

Après avoir appliqué sur le ventre des compresses imbibées d'eau-de-vie, je mis l'accouchée au lit et lui fis prendre un consommé avec un peu de bon vin. Elle goûta, pour la première fois depuis dix jours, les douceurs du sommeil ; quelques heures de repos suffirent pour dissiper totalement le hoquet et les palpitations de cœur. Alors j'ordonnai une cuillerée ordinaire d'oxymel scillitique, à prendre de trois en trois heures, et une tasse de bouillon avec un peu de vin dans les intervalles.

Les lochies furent abondantes et presque séreuses. Le lendemain les urines

coulèrent assez abondamment ; la malade éprouva un mieux sensible, la fièvre et la toux disparurent.

Le troisième jour, l'œdème des extrémités avait considérablement diminué ; l'ascension du lait s'opéra très-bien et presque sans fièvre.

Le dixième jour après les couches, il n'existait plus d'œdème ; les lochies, presque toujours séreuses, coulèrent jusqu'au quinzième jour. A cette époque, je mis pendant quinze jours la malade à l'usage de 15 grains de terre foliée de tartre matin et soir.

L'état de madame de S... s'améliora de plus en plus : elle reprit le sommeil et l'appétit, et fut rétablie dans l'espace de six semaines. Environ deux ans après, cette dame quitta Toulouse ; j'ai appris qu'elle était devenue enceinte et qu'elle avait eu des couches naturelles et heureuses.

Cette forme de maladie diffère complètement de celle produite par l'accumulation du liquide entre le chorion et la face interne de l'utérus, et à laquelle je faisais allusion plus haut. Au degré que nous venons de montrer, cette maladie est évidemment rare ; mais, à un moindre degré, on l'observe quelquefois. Au reste, les différences de volume qu'on remarque chez la même femme à ses différentes grossesses ne doivent être le plus souvent attribuées qu'à la présence d'une plus ou moins grande quantité de liquide amniotique.

§ I. — Causes.

Il ne peut faire de doute pour personne que la cause prochaine de cette affection git 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 (1), que cette hypersécrétion soit toujours de cause inflammatoire. Elle peut être liée aussi à des maladies du placenta, telles que kystes, tubercules, indurations, hydropisie (2), etc. Il n'est pas non plus absurde d'attribuer cette affection à quelque idiosyncrasie de la femme ; la preuve en 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 en ligne de compte. Enfin, certaines diathèses au nombre desquelles on a surtout signalé la syphilis, paraissent agir dans ce sens. Nous avons eu l'occasion d'observer dans deux grossesses successives, chez la même femme, une hydropisie de l'amnios. Cette femme présentait au niveau des tibias des gommes syphilitiques ulcérées qui guérirent sous l'influence d'un traitement antisiphilitique.]

(1) 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.

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

§ 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 (1). 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 (2).

Dans les cas plus graves, comme dans celui qu'a observé Duclos, ces symptômes sont souvent très-sérieux. Le hoquet, les palpitations, des vomissements incessants, la fièvre, la toux, l'œdème, l'anxiété, les syncopes, etc., mirent 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 (3). 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 ordinairement 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 (4). »

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

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

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

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

Bunsen (de Francfort-sur-le-Mein) a publié trois observations d'hydropisie de l'amnios ; Kyll (de Cologne) (1) a publié l'observation suivante.

OBSERVATION I. — « La malade était une dame âgée de vingt-huit ans. Elle vint demander les conseils du docteur Kyll, pour une affection syphilitique contractée d'une fille à qui elle avait demandé de lui tirer les seins après son premier accouchement. Après être restée huit mois sans traitement, elle vint trouver le docteur Kyll qui lui prescrivit le sublimé corrosif avec grand succès. Elle était à peu près guérie lorsqu'elle avorta au troisième mois de sa seconde grossesse. Trois mois plus tard elle était parfaitement rétablie ; elle devint de nouveau enceinte, et elle souffrit beaucoup pendant cette grossesse de varices aux jambes et aux cuisses. La saignée la soulagea notablement. A la fin du sixième mois, sans cause appréciable, le liquide amniotique commença à s'écouler ; deux jours après, le travail de l'accouchement commença ; il naquit une fille qui s'agita un peu et mourut presque aussitôt. La sortie de l'enfant fut accompagnée d'une émission excessivement considérable de liquide amniotique. Deux heures après, le placenta, qui était adhérent dans toute son étendue, fut extrait ; le docteur Kyll fut frappé des énormes dimensions qu'il présentait : la circonférence mesurait environ un grand tiers de plus qu'à l'état normal, et l'épaisseur était double de ce qu'il présente ordinairement. Il était d'une couleur rouge pâle, d'une structure spongieuse. En le divisant, le tissu en paraissait tout à fait normal, et les vaisseaux sanguins étaient plus larges que de coutume ; il en était de même des artères et de la veine ombilicale, bien que l'enfant fût éloigné de trois mois de son terme. Trois jours après la délivrance, la patiente eut une hémorrhagie utérine, mais elle se rétablit néanmoins. L'énorme volume du ventre du fœtus avait déjà attiré l'attention du docteur Kyll ; mais, après examen, ce médecin constata l'existence d'une grande quantité de liquide jaune paille dans cette cavité et entre les plis de l'épiploon. Le foie était volumineux, occupait presque toute la cavité abdominale et descendait jusque près de la vessie. La substance du foie à la coupe ne présentait aucune trace d'inflammation ni aucune trace de lésions. Les vaisseaux seulement paraissaient augmentés de volume. Cette hypertrophie considérable du foie, dit le docteur Kyll, est due aux dimensions très-considérables du placenta, et par suite à la quantité plus considérable de sang que recevait le foie. L'augmentation du volume du placenta lui paraît due plutôt à de la congestion qu'à de l'inflammation, puisque celle-ci donne lieu le plus souvent à des exsudats ou à l'oblitération des vaisseaux et par conséquent à une diminution dans la nutrition de l'organe qui en amène l'atrophie, et une altération de structure qui le rend quelquefois dur à l'égal du tissu cartilagineux. »

Debenham (2) a rapporté l'observation suivante ; il s'agit d'une grossesse gemellaire.

(1) Kyll, *British and Foreign medical Review*, octobre 1839, p. 564 et 565. — *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, Band VII, Heft 1.

(2) Debenham, *Med. Times and Gazette*, 17 mai 1856.

OBSERVATION II. — Dans l'œuf de l'un d'eux, il existait de l'hydropisie, et la quantité du liquide était évaluée à peu près à 8 ou 10 litres. Les deux fœtus étaient morts; mais il n'est pas fait mention du placenta; il y eut une violente hémorrhagie.

Grimshaw a rapporté deux observations où les fœtus étaient morts, et dans lesquelles il survint une hémorrhagie (1).

Un cas très-analogue est relaté par Neale (2). L'enfant était mort, et il y eut une hémorrhagie.

Il est impossible d'expliquer la mort du fœtus. Est-elle due à la compression exercée sur lui, est-elle due aux qualités moins nutritives du liquide amniotique (3), ou bien résulte-t-elle d'une autre cause? Toutes ces questions me paraissent difficiles à résoudre. Dans un cas, j'ai rencontré un fœtus hydrocéphale.

Outre les malaises produits par cette maladie pendant la grossesse, elle ralentit quelquefois le progrès du travail pendant la première période de l'accouchement. L'extrême distension de l'utérus 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 (4). 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 (5).

(1) Grimshaw. *Med. Times and Gazette*, 2 août 1856.

(2) Neale. *Med. Times and Gazette*, 16 août 1856.

(3) [[On ne considère plus guère aujourd'hui le liquide amniotique comme un élément de nutrition du fœtus.]]

(4) Burns, *Midwifery*, p. 242; trad. franç. par Galliot, p. 175.

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

§ III. — Diagnostic.

Les signes de la grossesse éloigneront l'idée d'une ascite, si l'on constate la tumeur utérine limitée, 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 cure radicale que dans celui d'atténuer certains symptômes alarmants ou de fortifier l'état général. Si la malade est fébricitante, s'il y a de la douleur du côté de l'utérus, on trouvera de l'avantage à retirer quelques onces de sang par la phlébotomie ou par l'application de ventouses scarifiées sur le sacrum. 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, je ne crois 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 me 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. Si l'orifice n'est pas souple et dilatable ou dilaté, l'absence de la poche des eaux occasionnera un retard de peu d'importance, il faudra surveiller cependant attentivement le cas et voir si par suite de l'inertie utérine il ne se produit pas quelque hémorrhagie; si les douleurs font défaut, ou s'il y a menace d'hémorrhagie, on administrera une forte dose d'ergot de seigle à la condition que la présentation soit bonne et que le bassin ne soit pas vicié.

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. Dans les cas ordinaires, on se

trouvera bien des dérivatifs appliqués au niveau du sacrum, d'injections et de lotions d'eau froide.

Burns (1) croit que si la maladie provient de quelque cause latente, la mère fera bien de nourrir, quoique son enfant soit mort.

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 (2).

Rigby (3) 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 (4). En France, Alph. Leroy (5) et Chambon (6) 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 (7), Carus (8), Schmidtmüller (9), Jøerg, Velten (10), Haase (11), Betschler (12), Heune (13), Busch (14) et Witcke. En France, Dezeimeris (15) a publié d'excellents travaux sur le rhumatisme de l'utérus, et Cazeaux (16) parle assez complètement de ce sujet. Dans ce chapitre j'ai 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.

(1) Burns, *Midwifery*, 10^e édition, London, 1843.

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

(3) Rigby, *Med. Times*, 1844-1845. — *Essay on Dysmenorrhea*.

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

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

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

(7) Wigand, *Beitrag zur theorischen und praktischen Geburtshülfe*. Hamburg, 1798-1808.

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

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

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

(11) Haase, *Zeitschrift für Geburtkunde*, vol. IV, p. 435; vol. VII, p. 7.

(12) Betschler, *Annalen der Klinischen anstalten der Universität der Breslau*, etc.

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

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

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

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

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. Gautier (de Genève) (1) 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, la transposition brusquée d'une température très-élevée à une température très-basse, et toutes les autres causes constitutionnelles atmosphériques, que tous les auteurs ont considérées comme causes déterminantes ou prédisposantes du rhumatisme, peuvent aussi produire celui de l'utérus. Mais, outre ces conditions générales, il y en a une particulière que nous étudions : c'est la facilité avec laquelle cet organe, sous les téguments amincis de l'abdomen, ressent l'impression du froid dans les derniers mois de la grossesse : le ventre n'est, en effet, garanti, dans le lieu qu'il occupe, que par des vêtements excessivement légers qui s'y appliquent imparfaitement, tandis que la région lombo-sacrée est souvent mal protégée par des camisoles trop courtes. »

Wigand, Göerg et Busch remarquent que la conformation spéciale de la femme enceinte, en éloignant les vêtements du corps, la prédisposent singulièrement à prendre le froid.

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