

Hunter l'occasion de l'observer pour la première fois dans un cas que nous croyons devoir citer ici, tant parce que c'est le premier qui ait été publié, que parce qu'il est très-propre à donner des lumières sur cette espèce de déplacement des parois de la matrice.

Une jeune femme de Londres, étant à peu près dans le quatrième mois de sa grossesse, eut une frayeur et se trouva mal. Elle ne put ensuite rendre ses excréments et ses urines sans une grande difficulté : son incommodité augmenta, et il y eut rétention complète d'urine et d'excréments. Le septième jour de cette rétention, on appela Walter Wall. Il sonda cette femme et donna issue à environ trois pintes d'urine; il essaya ensuite de lui donner un lavement; mais il passa peu d'eau dans le rectum. Le soir il la resonda, et il sortit plus d'une pinte d'urine sanguinolente. Pour découvrir la cause de ces accidents, Walter Wall introduisit le doigt dans le vagin; il y trouva une grosse tumeur située derrière ce conduit, et qui le comprimait contre la face interne du pubis au point qu'il ne put toucher l'orifice de la matrice. Il porta ensuite le doigt dans le rectum, sentit la même tumeur placée au devant de cet intestin, et qui le pressait contre le coccyx. Ces circonstances rappelèrent à ce chirurgien un exemple de rétroversion de la matrice, dont Grégoire, professeur d'accouchements à Paris, avait fait mention dans ses leçons. Il tenta en vain de replacer ce viscère, et pria Guillaume Hunter de venir voir cette femme, qui était très-faible. Ce médecin, portant le doigt dans le vagin, un peu sur le côté, éloigna la tumeur du pubis et procura la sortie d'une grande quantité d'urine. Après avoir fait appuyer la malade sur ses genoux et ses coudes, il tenta de repousser de bas en haut le corps de la matrice, au moyen de deux doigts portés dans le rectum, et d'attirer en bas le col de ce viscère avec les doigts de l'autre main introduits dans le vagin. Ces tentatives répétées furent infructueuses; cette femme mourut le surlendemain. Hunter fit l'ouverture du corps. La vessie, excessivement remplie d'urine, occupait presque toute la région antérieure de l'abdomen; étant ouverte, son col parut soulevé au-dessus du pubis par une grosse tumeur ronde, qui était la matrice renversée, de manière que le col de ce viscère faisait le sommet de cette tumeur, et était appuyé sur le bord supérieur du pubis, que son corps et son fond étaient tournés en arrière et en bas, au devant du rectum et vers l'anus. La matrice ainsi renversée avait augmenté de volume, et s'était enclavée dans le bassin, au point

qu'on ne put la tirer au-dehors qu'après avoir coupé et écarté la symphyse des os pubis. On trouva la tête de l'enfant portée en bas dans le fond de ce viscère. Dans un cas aussi fâcheux, où la réduction de la matrice est impossible par les procédés ordinaires, ne conviendrait-il pas, dit Hunter, de faire la ponction de ce viscère, soit par le vagin, soit par le rectum, afin de diminuer son volume en procurant l'évacuation des eaux de l'amnios, et de faciliter son remplacement? Il faudrait pratiquer cette opération avant l'épuisement des forces de la malade. (*Medical obs. and inquir.*, vol. iv, p. 401, 606.) D'autres exemples de rétroversion de la matrice pendant la grossesse sont cités dans le même ouvrage (vol. v, p. 104, 378, 381, 388). Depuis la publication des observations de Hunter sur le déplacement de l'utérus, auquel il a donné le nom de rétroversion, plusieurs praticiens en Angleterre, en Allemagne, en France, en ont recueilli un grand nombre; mais ces faits isolés n'avaient pas fixé l'attention des chirurgiens d'une manière spéciale avant Desgranges, chirurgien gradué du collège de Lyon, qui a réuni ces faits à ceux que la pratique lui a fournis, pour en former un corps de doctrine. Il est à regretter que son mémoire sur la rétroversion et l'antéversion de la matrice, couronné en 1785 par l'Académie de chirurgie, n'ait pas été imprimé, et qu'il ne se soit point trouvé dans les archives de cette illustre Académie après sa suppression.

La rétroversion de la matrice a rarement lieu dans l'état de vacuité de cet organe; c'est pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse qu'elle arrive. Après ce temps, le volume de la matrice est généralement tel, qu'un pareil déplacement paraît impossible, la longueur de cet organe surpassant alors, dans la plupart des femmes, la largeur du bassin prise du pubis au sacrum.

La rétroversion de la matrice peut s'opérer lentement ou subitement. Dans le premier cas, la marche graduelle des symptômes annonce les progrès du déplacement, qui augmente de jour en jour ou de semaine en semaine, et parvient insensiblement à son plus haut point. Dans le second, il devient complet en moins d'une heure, souvent en un instant.

On observe plus particulièrement la rétroversion de la matrice chez les femmes dont l'excavation du bassin est très-grande, pendant que le détroit supérieur est resserré. On peut donc regarder cette disposition du bassin comme une cause prédisposante de ce déplacement.

La pression des viscères flottants du bas-ventre sur le fond de la matrice et sur sa face antérieure en est la cause efficiente. Si cette pression est légère, mais continue, la rétroversion de la matrice s'opère d'une manière lente et graduelle; elle aura lieu tout d'un coup si la pression des viscères abdominaux sur cet organe est le résultat d'une impulsion violente donnée par le diaphragme et par les muscles de l'abdomen, ou par des agents extérieurs. C'est ainsi que l'on a vu la matrice se renverser en arrière à l'occasion des efforts du vomissement, de ceux qu'on exerce pour aller à la garde-robe et même pour uriner; souvent aussi ce renversement a été déterminé par une chute, par un coup ou une forte compression sur le bas-ventre.

Les accidents qui accompagnent la rétroversion de la matrice sont plus ou moins intenses selon le volume de cet organe et l'étendue du renversement. Lorsqu'il a lieu dans les premiers mois de la grossesse et qu'il se fait lentement, la femme n'éprouve d'abord qu'une pesanteur incommode sur le fondement, des tiraillements douloureux dans les aines, le devant des cuisses et les lombes, et une sorte d'épreinte tant au col de la vessie que du côté du rectum, qui excitent fréquemment le besoin d'uriner et d'aller à la selle. Ces symptômes augmentent et s'aggravent dans la proportion des efforts de la malade pour surmonter les obstacles qui gênent alors la sortie des urines et des excréments. Si le jet des premières s'établit avec peine, il se soutient difficilement et est souvent entrecoupé. Dans ce premier degré de rétroversion et à une époque de la grossesse où la matrice est encore peu volumineuse, il serait facile de la rétablir dans sa direction naturelle et de faire cesser les accidents; mais si cet organe est renversé, comme il continue de se développer malgré son déplacement, et que chaque jour il a besoin d'un plus grand espace, bientôt il comprime plus fortement le col de la vessie et le rectum, qui s'en trouvent affaissés au point de ne plus permettre l'issue des urines, ni la sortie des matières stercorales les plus liquides. Il peut arriver, en pareille circonstance, que la sonde ne puisse plus pénétrer dans la vessie, et qu'il soit également impossible d'administrer les lavements.

Les accidents n'arrivent que par degrés à ce dernier point lorsque la rétroversion a lieu au commencement de la grossesse et qu'elle s'opère lentement; mais lorsqu'elle se fait d'une manière soudaine et complète dans le cours du troisième au quatrième mois de la grossesse, les accidents parviennent au même point en très-peu de temps. La ma-

trice, déjà enclavée au milieu du bassin lorsque les accidents sont parvenus à ce degré, s'y enclave bien plus fortement encore dans la suite, si l'on n'en fait pas promptement la réduction. En effet, cet organe continuant à se développer, parce que le produit de la conception qu'elle renferme continue de s'accroître, et ne pouvant le faire selon l'ordre que suit ce développement dans l'état ordinaire de grossesse, il se moule en quelque sorte à la cavité du bassin, en s'étendant vers les endroits qui lui opposent moins de résistance. Son augmentation de volume dans ce dernier temps ne dépend plus uniquement du développement du produit de la conception, il provient aussi de la tuméfaction de sa propre substance, qui s'engorge et s'enflamme, ce qui amène de nouveaux accidents.

La rétention d'urine et la constipation, effets de la rétroversion de la matrice, en deviennent bientôt comme autant de nouvelles causes qui agissent concurremment avec les autres, de manière à la rendre plus considérable et à s'opposer plus fortement à la réduction. La vessie, excessivement distendue par l'urine, ne peut s'élever dans le bas-ventre sans entraîner avec elle le col de la matrice et sans agir d'ailleurs sur le corps de ce viscère déjà renversé vers le sacrum, au moins avec une force égale au poids de l'urine qu'elle contient, et qui peut aller au delà de dix à douze livres en certains cas. Les matières stercorales retenues et accumulées dans le haut du rectum, au-dessus du point où cet intestin est affaissé par le fond de la matrice, agissent de même, et poussent de plus en plus cette partie en bas. Ajoutez à cela l'impulsion que ces matières reçoivent à chaque instant de l'action intestinale, et les efforts souvent involontaires que la femme fait, soit pour uriner, soit pour aller à la garde-robe.

Les accidents dont nous venons de parler sont la suite nécessaire de la rétroversion de la matrice; cependant ils ne suffisent pas pour établir le diagnostic d'une manière certaine, parce qu'ils sont communs à d'autres espèces de déplacements de cet organe, et qu'il n'en est aucun qui ne puisse dépendre d'une autre cause. Ce n'est que par le toucher qu'on peut reconnaître sûrement l'espèce de déplacement qui existe et son étendue. Dans la rétroversion de l'utérus, le doigt indicateur porté dans le vagin rencontre à peu de distance de son orifice un corps assez solide et arrondi: c'est la matrice qui offre au toucher sa surface postérieure couverte par la paroi postérieure du vagin, laquelle est appliquée contre l'antérieure. Si l'on cherche à faire

pénétrer le doigt entre cette tumeur et la paroi antérieure du vagin, à quelque profondeur qu'on l'introduise, le plus ordinairement on ne peut atteindre l'orifice de l'utérus, ou du moins on ne touche que sa lèvre postérieure à une hauteur plus ou moins grande derrière le pubis. Si l'on porte le doigt dans le rectum, on rencontre à une certaine distance de l'anus une tumeur formée par le fond de la matrice, qui est appuyé contre le sacrum. En examinant les parties extérieures de la génération, le plus souvent on n'aperçoit point le méat urinaire, que la rétraction du col de la vessie et celle de l'urèthre font remonter dans le vagin derrière l'arcade du pubis, et on ne peut le découvrir qu'après avoir repoussé en haut la peau du pénil. Les grandes lèvres sont gonflées et quelquefois très-douloureuses. En général, on juge du degré de la rétroversion de la matrice par la hauteur à laquelle l'orifice de cet organe est situé, et le plus ou le moins de difficulté qu'on éprouve à y atteindre; mais ce signe n'est pas toujours certain. Quelquefois l'orifice utérin est très-accessible au toucher, quoique le renversement soit aussi grand qu'il puisse le devenir : ce qui tient à ce que le col de la matrice se recourbe alors comme l'est le bec d'une cornue.

Le pronostic de la rétroversion de la matrice est toujours fâcheux; mais il est plus ou moins grave selon le volume de cet organe, l'étendue de son déplacement, son ancienneté et l'enclavement plus ou moins grand de ce même organe dans le bassin. Lorsque le renversement est porté au point d'intercepter complètement le cours de l'urine et des matières stercorales, si l'on ne se hâte d'y remédier, l'inflammation s'empare de la matrice, du rectum, de la vessie, etc., et la malade succombe au bout de sept à huit jours. On a vu quelquefois la vessie, gangrenée dans quelques points, se crever, et l'urine s'épancher dans l'abdomen.

Le traitement consiste à replacer la matrice dans sa position naturelle, et à l'y maintenir. La réduction présente peu de difficultés lorsque le déplacement est récent et la matrice peu volumineuse; mais elle en offre de grandes et quelquefois d'insurmontables quand ce déplacement existe depuis quelques semaines, plusieurs jours seulement, surtout si la matrice est très-grosse, étroitement enclavée et comme étranglée au milieu du bassin. Quoique le traitement de la rétroversion de la matrice consiste essentiellement à remettre en place cet organe, néanmoins les accidents qui proviennent de son renversement offrent quelquefois des indications plus pressantes et exigent des

secours qui préparent ou facilitent la réduction, et sans lesquels on ne pourrait en certains cas l'obtenir.

On commencera dans ces sortes de cas par évacuer les urines, s'il est possible d'y parvenir, soit en insinuant un doigt le long et à côté de la symphyse du pubis, pour écarter convenablement le corps de la matrice du col de la vessie et de l'urèthre, soit en introduisant une sonde dans la vessie. Pour réussir dans cette dernière opération, on est quelquefois obligé de tirer la peau du pénil vers l'ombilic, afin de mettre en évidence le méat urinaire qui est remonté dans le vagin, derrière la symphyse du pubis. Si le changement de direction que l'urèthre a éprouvé rend impossible l'introduction d'une algalie de femme, on se servira d'une sonde courbe comme pour les hommes. On évacuera également les matières stercorales, si les lavements peuvent pénétrer et détremper celles qui sont amoncélées et desséchées dans le haut du rectum et la portion iliaque du colon. On aura recours à la saignée, et on la réitérera lorsque l'état inflammatoire des parties le rendra nécessaire; on emploiera les fomentations et les bains, et l'on ne procédera à la réduction qu'après l'avoir préparée de cette manière. Il est arrivé quelquefois que la réduction, qui paraissait impossible avant l'emploi de ces moyens, s'est faite ensuite aisément et presque spontanément.

Réduire dans sa situation naturelle la matrice renversée en arrière, c'est en relever le fond et en abaisser le col. Pour y parvenir, il faut donner à la femme une position dans laquelle les viscères du bas-ventre fassent le moins possible d'efforts sur la matrice : ainsi elle se placera sous les coudes et sur les genoux, de manière que le bassin soit plus élevé que le ventre et la poitrine; si elle ne pouvait garder cette position, qui est fort gênante, on la ferait coucher sur le dos, les jambes et les cuisses fléchies, en ayant soin de placer des oreillers sous le bassin, afin qu'il soit plus élevé que le reste du tronc. Mais quelle que soit la position de la femme, il est utile qu'elle ne fasse aucun effort pendant qu'on s'occupe de la réduction. Pour opérer le remplacement de la matrice, on en repousse le fond de bas en haut et de derrière en devant, au moyen de plusieurs doigts portés méthodiquement dans le vagin. Si ce procédé ne réussit pas, on introduira deux doigts dans le rectum, à dessein de repousser le fond de la matrice au-dessus de l'angle du sacrum, en même temps qu'on abaissera le col, si on peut l'atteindre, au moyen de deux doigts de l'autre main

portés dans le vagin. On ne peut rien dire des efforts nécessaires pour ramener la matrice à sa direction naturelle : quelquefois il en faut peu, d'autres fois il en faut de longs et de pénibles. Dussaussoy assure que n'ayant pu réduire la matrice dans un cas de cette espèce, avec l'indicateur et le doigt du milieu placés dans le rectum, parce qu'ils n'agissaient pas avec assez de force, il en vint cependant à bout en portant la main entière dans le fondement, où elle pénétra sans peine, et en plaçant les doigts à des distances égales les unes des autres sur tout le contour de la tumeur formée par le fond de la matrice, de manière à embrasser parfaitement sa circonférence. Si les premières tentatives ne réussissent pas, on en fera de nouvelles avec la circonspection que commande l'état des parties. La crainte de provoquer l'avortement ne doit point arrêter le praticien. Indépendamment de ce qu'il n'est pas toujours la suite de pareils efforts, c'est que le danger auquel la rétroversion de la matrice expose la mère et l'enfant sera bien plus grand et plus certain si l'on ne replace pas ce viscère à temps.

Lorsque les tentatives de réduction sont infructueuses, si l'on abandonne la matrice à elle-même, la malade périt infailliblement. Guillaume Hunter était tellement persuadé de l'impossibilité de sauver les femmes qui sont dans ce cas, sans employer des moyens extraordinaires, qu'il a pensé qu'on pourrait essayer de diminuer le volume de la matrice en portant un trois-quarts dans le corps de ce viscère au travers de la paroi postérieure du vagin, pour vider une partie des eaux de l'amnios, dont on sait que la quantité, respectivement à la grosseur du fœtus, est plus grande au commencement de la grossesse qu'à une époque plus avancée. Il serait possible que la ponction permit de remplacer la matrice; mais en même temps il serait fort à craindre qu'elle ne l'excitât à entrer en contraction, et qu'elle ne déterminât l'expulsion prématurée de l'enfant. Cependant elle a été pratiquée depuis peu d'années avec succès par M. Jourel, docteur en médecine à Rouen. On trouve dans les *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris* (année 1812, n° 8) un extrait de l'observation de ce médecin et du rapport qu'en ont fait MM. les professeurs Dubois et Desormeaux. Dans le recueil des thèses soutenues en 1813 à la Faculté de médecine de Paris, on lit une observation recueillie à l'hôtel-Dieu de Lyon sous les yeux de MM. Viricel et Bouchet, relative à une rétroversion de la matrice guérie par la ponction de cet organe.

Sabatier pense qu'on n'aurait point à craindre l'avortement en faisant

la ponction de la vessie au-dessus du pubis : l'évacuation des urines mettant toutes les parties à l'aise pourrait rendre la réduction de la matrice plus facile. Mais comme les obstacles dépendent moins de la plénitude de la vessie que du volume de la matrice, il est douteux qu'après avoir vidé le premier de ces viscères, on puisse rétablir le second dans sa position naturelle. C'est au moins ce qu'on peut inférer de l'observation de Hunter, que nous avons rapportée plus haut, dans laquelle on voit qu'à l'ouverture du corps, après avoir vidé la vessie, il fut impossible de désenclaver la matrice et de faire remonter son fond au-dessus du détroit supérieur du bassin avant d'avoir divisé la symphyse du pubis.

Il est probable que c'est d'après cette circonstance de l'observation de Hunter, que l'on a conseillé de recourir à la section de la symphyse du pubis dans le cas de rétroversion de la matrice, où il est impossible de rétablir cet organe dans sa situation naturelle par les procédés ordinaires. Cette opération a été conseillée d'abord par Purcell, et ensuite par M. le docteur Gardien, qui en a beaucoup vanté les avantages; mais comme elle n'a jamais été pratiquée dans le cas dont il s'agit, on ne peut parler de ses résultats probables que d'après le raisonnement; et les raisons sur lesquelles sont fondés les éloges qu'on lui a prodigués ne paraissent pas sans réplique.

La matrice étant réduite, il faut la maintenir dans sa direction naturelle. De la part de la femme une situation convenable, l'attention de ne faire aucun effort, soit pour uriner, soit pour aller à la selle, suffisent ordinairement pour cela. On lui fera garder le lit jusqu'au quatrième mois de la grossesse, époque à laquelle la matrice dépasse le détroit supérieur et ne peut plus retomber dans l'excavation du bassin. On lui recommandera de se tenir couchée sur le côté plutôt que sur le dos.

Les accidents qui proviennent directement ou indirectement de la rétroversion de la matrice ne cessent pas toujours à l'instant de la réduction de ce viscère, et présentent souvent après cette réduction de nouvelles indications qu'il ne faut pas négliger. S'il existe des symptômes d'inflammation, on les combat par les antiphlogistiques, tels que les saignées générales et locales, les fomentations émollientes et anodines, les bains ou les demi-bains tièdes, les injections dans le vagin, etc. Quelquefois la rétention d'urine continue après que la matrice a été remise dans sa direction naturelle; elle ne dépendait d'a-

bord que de la compression du col de la vessie ; mais après la réduction elle peut être entretenue par l'inflammation de son col ou par l'inertie de son corps qui suit ordinairement son extrême distension. Dans le premier cas, on lui oppose les antiphlogistiques dont nous venons de parler, et dans le second on la combat par les moyens usités dans la paralysie de la vessie.

*De l'antéversion de la matrice.*

Dans cette espèce de déplacement, le fond de la matrice est porté en devant et son col en arrière. Il peut avoir lieu dans la grossesse et dans l'état de vacuité ; mais on ne l'observe guère que dans ce dernier état de l'utérus. La forme presque plate de la partie antérieure de l'excavation du bassin, et la résistance que cette partie offre à la face antérieure de la matrice et à son fond, empêchent cet organe de se renverser en avant : aussi ne trouve-t-on dans les auteurs presque aucun fait bien détaillé d'antéversion de la matrice survenue dans les premiers mois de la grossesse. Baudelocque nous apprend que Chopart lui avait communiqué un exemple d'antéversion de la matrice chez une femme grosse de deux mois, qui ne semblait avoir eu d'autre cause que les efforts du vomissement ; mais il ne donne aucun détail sur ce fait. Au reste, si l'antéversion venait à se présenter dans les premiers mois de la grossesse, on la distinguerait facilement de la rétroversion : le doigt introduit dans le vagin rencontrerait la face antérieure de la matrice qui serait devenue inférieure ; le col de ce viscère serait fixé en arrière contre le sacrum, et le fond en avant contre le pubis ; la vessie et le rectum se trouveraient comprimés ; mais ces accidents auraient moins de gravité et de danger que dans la rétroversion, parce que le déplacement de la matrice ne serait jamais aussi considérable en avant qu'il peut l'être en arrière. Quant aux indications, elles se borneraient encore ici à réduire la matrice et à la maintenir dans sa situation naturelle, en recommandant à la malade de rester couchée sur le dos.

Si l'antéversion de la matrice est si difficile et si rare dans l'état de grossesse, il n'en est pas de même dans l'état de vacuité de cet organe. La mobilité et la direction naturelle de l'utérus sont telles, que chez presque toutes les femmes son col est porté en arrière et son fond en devant ; mais lorsque cet organe n'a que son volume ordinaire, cette

déviation ne donne lieu à aucun accident et on ne la reconnaît qu'en touchant les femmes pour explorer la matrice lorsqu'elles éprouvent quelques symptômes qui font soupçonner une lésion organique de ce viscère.

Levret est le premier qui ait parlé de l'antéversion de la matrice dans l'état de vacuité de cet organe : il la nomme *déplacement transversal*, et en cite trois exemples dont aucun n'était accompagné de grossesse. Levret avoue qu'il a d'abord, comme bien d'autres, méconnu cette espèce de déplacement ; mais l'ouverture du corps d'une femme morte à la suite de l'opération de la taille, qui lui fut faite dans le dessein de la délivrer d'une pierre qu'on croyait chatonnée dans la vessie, lui dessilla les yeux. En effet, on trouva la matrice placée en travers dans le bassin, son orifice appuyé sur la partie moyenne du rectum, et le haut de la partie antérieure de son corps sur le bas-fond de la vessie, faisant bosse au dedans de ce viscère, en y repoussant ses tuniques ; c'est cette bosse qui avait été prise, du vivant de cette infortunée, pour une pierre chatonnée qu'on ne pouvait toucher à nu avec la sonde ; on avait d'autant plus aisément été induit en erreur, qu'au dire de toutes les personnes que cette femme avait appelées à son secours, elle éprouvait la plupart des symptômes de la pierre. L'ouverture de son corps prouva qu'elle n'avait eu la vessie malade en aucune manière, et que le déplacement de la matrice avait fait toute la maladie. On fit des recherches sur le cadavre pour trouver la cause de ce déplacement, et on n'en put reconnaître d'autre qu'un engorgement peu considérable dans la propre épaisseur de la paroi antérieure du corps et du fond de cet organe : les ligaments ronds étaient plus gros et plus courts qu'ils ne doivent l'être naturellement.

Le sujet de la seconde observation de Levret était une femme âgée d'environ cinquante ans ; elle avait eu plusieurs enfants sans qu'il se fût passé rien d'extraordinaire dans aucun de ses accouchements, ni dans leur suite. Depuis le dernier, qui datait de dix ans, elle était devenue sujette à des écoulements de fleurs blanches et à des dérangements dans ses règles, lesquelles l'avaient quittée entièrement depuis un an. A cette époque, il lui était survenu des douleurs sourdes dans le bassin, accompagnées de pesanteur dans le rectum, surtout lorsqu'elle avait besoin d'aller à la selle ; d'ailleurs elle urinait souvent avec peine, et ses urines étaient devenues peu à peu glaireuses, ardentes et pleines de sédiment graveleux. La région de la vessie était

tendue et très-douloureuse au toucher, surtout du côté des aines, lieu où elle disait sentir deux espèces de cordes tendues, qui l'obligeaient de rapprocher ses cuisses de son ventre lorsqu'elle était couchée, et de se pencher un peu en devant quand elle était levée; de plus, toutes les fois qu'elle se mettait debout, elle sentait tomber un corps dur dans la vessie, qui, en même temps qu'il lui donnait envie d'uriner, l'en empêchait; mais lorsqu'elle se couchait, ce corps se retirait et les urines sortaient alors avec moins de difficulté. On pensa que cette femme pouvait être attaquée de la pierre: en conséquence, on la sonda d'abord couchée; mais n'ayant rien rencontré, on la fit mettre sur ses genoux sans avoir retiré la sonde, et l'on sentit en effet un corps comme charnu qui vint heurter l'algale: on crut pour lors qu'une excroissance quelconque faisait toute la maladie. On toucha cette femme; mais on ne put atteindre l'orifice de la matrice, quoique le rectum fût vide, et que la malade fût couchée horizontalement sur le dos. Le doigt introduit dans le fondement rencontra la bosse que faisait le col de la matrice en repoussant la paroi du rectum en dedans de sa cavité. Cette circonstance ne laissa aucun doute sur la nature de la maladie. On plaça un pessaire à cette femme et les accidents se dissipèrent. Mais quelques semaines après, les fleurs blanches, qui l'avaient quittée en même temps que ses règles, reparurent. On les attribua à la présence du pessaire et on le retira. Alors les accidents se renouvelèrent, et l'on fut obligé, pour les faire cesser, de replacer le pessaire. Les fleurs blanches s'étant peu à peu épuisées, la santé se rétablit; mais un an après, cette femme, étant devenue constipée, déplaça le pessaire en faisant des efforts pour aller à la garde-robe. On se disposait à en placer un autre, mais le lendemain la malade ne sentant aucune des incommodités pour lesquelles le pessaire avait été mis, on pensa qu'elle pouvait s'en passer. Un mois environ après, la guérison fut parfaite.

Dans la troisième observation de Levret, il est question d'une fille de quarante-cinq ans, qui, étant sur le point de perdre ses règles, éprouvait des dérangements dans sa santé depuis plusieurs années. Elle ne pouvait presque plus marcher, à cause des douleurs vives qu'elle souffrait dans les reins et dans le bas-ventre, lieu où elle avait la sensation d'un poids qui lui paraissait plutôt exister dans la vessie qu'ailleurs: les difficultés d'uriner qu'elle éprouvait, surtout lorsqu'elle était debout ou sur ses genoux, la confirmaient dans cette idée, au

point que, s'étant persuadée qu'elle avait la pierre, elle demanda à être sondée. On la sonda en effet, mais on ne trouva point de pierre: on sentit néanmoins avec le bout de la sonde quelque chose de rond qui était extraordinaire; d'ailleurs, comme cette demoiselle souffrait moins couchée que debout, et qu'alors il lui semblait que le poids incommode par devant se portait en arrière, on la toucha, et on reconnut qu'elle avait l'espèce de déplacement de la matrice dont il est ici question: on plaça un pessaire approprié à cet état, et les symptômes diminuèrent considérablement. La présence de cet instrument donna lieu à un écoulement de fleurs blanches qui dura près d'un an: il diminua ensuite peu à peu, et la santé se rétablit. Tous les symptômes précédents s'étant enfin dissipés, on ôta le pessaire qui, devenu inutile, gênait comme corps étranger.

Nous devons à Desgranges, précédemment cité, une observation semblable à celles de Levret. Une femme âgée de trente-huit ans, mère de cinq enfants, était affligée depuis plus de trente heures d'une rétention d'urine incomplète, accompagnée d'une pesanteur incommode sous le pubis. Le ventre était tendu et douloureux; la région hypogastrique, principalement soulevée, présentait au toucher une tension évasée, plus étendue en travers qu'en hauteur. La malade avait de la fièvre, souffrait des aines, des hanches et des reins; elle se tenait accroupie dans son lit, et sentait un poids dans le fondement qui l'incommo- dait beaucoup. Desgranges offrit de la soulager à l'instant avec la sonde, ce qu'elle refusa. On la saigna; on prescrivit des fomentations émollientes et ensuite un lavement.

La position que la malade fut obligée de prendre pour être fomentée la soulagea, et lui permit de rendre une plus grande quantité d'urine; mais le lavement augmenta les douleurs et le poids sous le pubis. Elle but abondamment d'une tisane émulsionnée: deux heures après elle s'endormit et reprit sa position ordinaire. Le soulagement n'avait été que momentané: la vessie ne s'était point vidée, et la cause qui s'opposait à sa déplétion, qui entretenait tous les accidents, existait encore. Le même sentiment de malaise se fit sentir avec la même force, et le besoin d'uriner était encore plus pressant. Le soir la malade permit qu'on la sondât: il sortit beaucoup d'urine, et on crut sentir un corps étranger dans la vessie, que l'on présuma être un squirrhe. Dans l'intention de s'en mieux assurer, Desgranges introduisit les doigts dans le vagin, et ne tarda pas à s'apercevoir qu'environ le tiers supé-

rieur de la matrice portait directement sur le bas-fond de la vessie qu'il enfonçait et repliait en quelque sorte en deux, de manière que la distension de cet organe s'opérait pour la plus grande partie sur les côtés, à mesure que les urines y parvenaient. Le col de l'utérus pesait sur l'intestin; il était monté si haut qu'il était difficile de l'atteindre. Pour remédier à ce déplacement, on fit faire une espèce de bascule à la matrice en tirant en avant son orifice; mais bientôt elle se remit en travers, du sacrum vers le pubis. Dans une seconde tentative, la malade étant dans une position fort inclinée des pieds à la tête, le bassin soulevé par un aide, on parvint à redresser l'utérus, et à placer un pessaire pour le maintenir dans sa direction naturelle. La malade se sentit soulagée à l'instant; mais elle éprouva encore pendant quelque temps de la difficulté d'uriner. Elle avoua que son incommodité était venue par degrés depuis sa dernière couche, il y avait quatre ans, et qu'elle croyait la devoir aux efforts qu'elle faisait pour tourner l'ensouple de son métier (espèce de gros rouleau avec une cheville de fer) sans en descendre, ce qui est fort pénible (1).

Il résulte des observations que nous venons de rapporter : 1° que l'engorgement de la paroi antérieure de la matrice et de ses ligaments ronds est la cause occasionnelle de l'antéversion de cet organe dans son état de vacuité, et que les efforts pour remuer ou soulever un fardeau, qu'une chute sur les pieds, etc., en sont la cause déterminante; 2° que cette espèce de déplacement a des symptômes qui lui sont propres : une sensation douloureuse continue se fait sentir dans la vessie, et suggère quelquefois l'idée de la présence d'une pierre dans la cavité de cet organe que semblent confirmer les recherches qu'on fait avec la sonde. Ce sentiment de gêne et de souffrance est plus considérable quand la femme est debout ou sur ses genoux que lorsqu'elle est couchée sur le dos; mais ces symptômes ne suffisent pas pour caractériser la maladie, qui ne peut être bien reconnue qu'en portant le doigt dans le vagin et dans le rectum; 3° il résulte encore de ces faits qu'après avoir remis la matrice dans son attitude naturelle, on ne peut l'y maintenir qu'au moyen d'un pessaire, dont l'usage continué pendant un temps plus ou moins long peut amener la guérison radicale de la maladie, sans qu'il soit possible d'expliquer de quelle manière il

(1) *Journal de médecine*, t. ix, p. 35.

agit pour faire disparaître l'engorgement de la paroi antérieure de la matrice et de ses ligaments ronds, qui est la cause occasionnelle de son antéversion (a).

(a) — J'ai peu de chose à ajouter à ce que dit Boyer sur la rétroversion de l'utérus; mais j'ai quelques notes à faire sur l'antéversion et sur les obliquités de cet organe.

La *rétroversion* de l'utérus paraît, d'après les observations de quelques praticiens modernes, être plus commune dans l'état de vacuité de l'utérus que ne le pense Boyer; cependant, ainsi que le fait observer M. Paul Dubois, elle n'est jamais portée alors à un degré aussi extrême que dans l'état de grossesse. On pourrait peut-être conclure de cette judicieuse observation que la maladie regardée comme une rétroversion n'était qu'une obliquité. Lorsque le déplacement de l'utérus est porté à son plus haut degré, la paroi postérieure du vagin et avec elle le fond de l'utérus peuvent être poussés violemment vers la vulve entr'ouverte, comme Baudelocque en cite un exemple. Enfin, dans un degré extrême, il peut y avoir déchirure de la paroi postérieure du vagin et issue à travers cette déchirure, et bientôt à travers la vulve, du fond de l'utérus, puis de l'utérus tout entier chargé du produit de la conception. M. P. Dubois rapporte, d'après M. Mayor, un fait de ce genre qu'il dit être unique dans la science.

L'*antéversion* de l'utérus est une maladie très-fréquente dans l'état de vacuité de cet organe; et on pourrait presque avancer, sans craindre de se tromper, qu'elle existe chez plus de la moitié des femmes qui ont eu un enfant. On a la preuve de ce que je dis lorsqu'on a occasion de toucher et de passer au speculum un grand nombre de femmes: on trouve le col utérin dirigé en arrière et à gauche; cette dernière disposition peut être rapportée aux obliquités de l'utérus dont je parlerai plus bas. La fréquence de cette direction de la matrice est telle que j'ai pris l'habitude de diriger mon speculum en arrière et à gauche, chaque fois que j'en fais usage; mais il est rare que l'antéversion arrive au degré indiqué par Boyer: aussi des pathologistes ont-ils désigné sous les noms d'antéflexion de l'utérus les premiers degrés de l'antéversion, comme ils ont donné la

dénomination de rétroflexion aux premiers degrés de la rétroversion. Boyer dit que l'engorgement de la paroi antérieure de la matrice et de ses ligaments ronds est la cause occasionnelle de l'antéversion de cet organe, et que les efforts pour remuer des fardeaux, une chute sur les pieds ou toute violence dans les mouvements en sont la cause déterminante. A ces causes, on peut ajouter la largeur de l'excavation du bassin, et surtout la circonstance d'une première grossesse. Cette dernière cause est une des plus fréquentes, et on peut presque toujours faire remonter à un accouchement précédent la première apparition des symptômes du mal. Morgagni, Stoll et d'autres observateurs ont constaté, comme cause, la brièveté trop grande des ligaments ronds. M. P. Dubois dit avoir vu des tumeurs développées dans l'utérus, ou près de lui, donner lieu à l'antéversion.

Les symptômes de l'antéversion de l'utérus sont un sentiment de gêne et de pesanteur dans le bassin, sur le rectum et sur la vessie, accompagné fréquemment d'une sensation semblable à celle du besoin de rendre les matières fécales et l'urine, des tiraillements dans les aines, surtout dans celle vers laquelle se porte le fond de l'utérus; un engourdissement dans la cuisse correspondante à l'aine la plus douloureuse, et quelquefois une douleur telle dans le membre qu'il en résulte la claudication. Ces tiraillements, cet engourdissement et cette douleur augmentent dans la station, dans la marche, surtout dans la marche lente, et dans la position à genoux; quelquefois, dans cette dernière position et dans la station, la douleur devient telle que les malades pâlisent et tombent en défaillance. Elle augmente quand on palpe le ventre, et j'ai observé plusieurs fois, dans le côté où se trouve le fond de l'utérus, une tumeur, qui probablement dépend de la présence de cet organe, et qui était attribuée au gonflement inflammatoire de l'ovaire. A ces symptômes se joint souvent une tension très-grande du ventre, qui paraît dépendre et de la douleur et de la rétention des matières fécales dans le rectum; car toujours l'antéversion est accompagnée de constipation. Ces divers symptômes, qui sont ceux du premier degré de la maladie, cessent par le repos dans la position horizontale. Lorsque cette affection fait des progrès, la pression exercée par le fond de l'utérus sur la vessie, devenant de plus en plus forte, occasionne l'ischurie, et elle peut aller à un point tel qu'elle refoule les parois de cette poche vers son centre, et qu'elle produise une tumeur qui donne, par l'emploi de la

sonde, la sensation d'une pierre enchatonnée, comme on l'a vu plus haut par l'observation tirée des œuvres de Levret. Mais pour que pareille chose arrive, il faut que le mal soit parvenu à son dernier degré. Alors le col de l'utérus, appuyant sur le rectum, s'oppose au passage des matières fécales, et devient la cause d'une constipation opiniâtre et presque insurmontable tant que l'organe n'est pas replacé.

Ces divers symptômes, qui sont les signes rationnels de l'antéversion de l'utérus, ne peuvent que faire présumer son existence; et pour acquérir la certitude de cette existence, il faut avoir recours aux signes sensibles: ceux-ci sont la vue et le toucher. La vue, dirigée par le speculum, fait reconnaître très-bien que le col de l'utérus regarde en arrière, et que cet organe est placé horizontalement; car, au lieu de prendre le col avec l'extrémité du speculum, on ne trouve que la paroi antérieure du vagin sur laquelle l'utérus appuie, et plus en arrière l'origine du col. Le toucher fait encore mieux distinguer la situation de l'utérus; le doigt, introduit dans le vagin, trouve au fond de ce conduit un corps dur qui ne présente ni orifice ni lèvres de cet orifice. Il faut qu'il soit dirigé en arrière pour rencontrer le col utérin dont l'orifice regarde plus ou moins la concavité du sacrum en raison du degré de la maladie. Alors si le chirurgien accroche avec le bout du doigt le col de l'utérus, il ramène, par une manœuvre toujours douloureuse, cet organe à sa place normale; quelquefois, pour arriver à ce résultat, il est obligé de placer le bout du doigt dans l'orifice même du col. C'est surtout quand la malade est debout que l'on observe les phénomènes dont je viens de parler. Lorsqu'elle est couchée, ils sont moins manifestes, parce que le décubitus dorsal contribue déjà au remplacement de l'utérus: aussi j'ai toujours le soin de toucher les femmes debout avant de les toucher couchées; je suis ainsi beaucoup plus sûr d'établir mon diagnostic.

L'irritation occasionnée par l'antéversion de l'utérus donne quelquefois lieu à un écoulement blanc, qui vient de cet organe et qui cesse dès qu'il est remis en place.

A ces symptômes locaux viennent se joindre plus tard des symptômes généraux qui dépendent de la persistance de la maladie et de l'inflammation chronique qui s'empare de l'utérus. Ces symptômes sont, outre la douleur constante dans le bassin, un écoulement leucorrhéique continu et parfois sanguinolent; un dérangement de la menstruation qui est ou augmentée, ou diminuée, ou irrégulière; un