

état fébrile plus ou moins marqué et venant à des heures variables ; le dérangement des fonctions digestives, surtout de celles de l'estomac ; la diminution des forces et de l'embonpoint. Ces symptômes persistent tant qu'on ne remédie pas à la maladie, et ils disparaissent dès qu'on la combat convenablement.

Le diagnostic de l'antéversion de l'utérus est très-facile dès qu'on ne s'en rapporte pas seulement aux symptômes rationnels, et qu'on s'assure par le toucher de la position de cet organe ; de sorte qu'on ne saurait trop recommander de vérifier cette position dès qu'on a le moindre doute de l'existence du mal, parce que l'on peut arrêter de suite tous les accidents.

Le pronostic de cette affection n'a rien de grave : elle peut subsister pendant toute la vie sans compromettre les jours de la malade qu'elle n'expose qu'à des incommodités journalières dépendantes des tiraillements qui sont la conséquence du déplacement.

Le traitement consiste à réduire l'utérus et à le maintenir réduit. La réduction est en général facile, ou au moins je l'ai toujours trouvée facile ; tantôt je l'ai faite avec le doigt, tantôt avec le speculum ; quand on la pratique avec le doigt, on se conduit comme je l'ai dit plus haut en parlant des signes ; quand on la pratique avec le speculum, on dirige cet instrument en arrière, on ne le pousse pas trop profondément, et on lui fait exécuter quelques mouvements d'avant en arrière pendant qu'avec la main gauche on appuie sur la région sus-pubienne pour repousser en arrière le corps de l'utérus et le ramener à sa direction verticale. Je ne me sers ainsi du speculum que dans les cas où, ayant reconnu avec le doigt l'antéversion de l'utérus, je ne veux faire la réduction qu'au moment où je tamponne, comme je le dirai plus bas. On pourrait avoir recours à l'instrument imaginé par madame Boivin, lorsque la réduction offre des difficultés, et surtout lorsque le doigt ne peut atteindre le col de l'utérus. Cet instrument est une espèce de cuiller avec laquelle on va saisir le museau de tanche. Je crois que les cas où on est obligé d'y avoir recours sont rares. M. P. Dubois dit n'en avoir jamais eu besoin, et s'être toujours servi seulement de son doigt. Je n'ai jamais eu l'occasion de le mettre en usage, et quoique, dans quelques cas, j'aie rencontré des antéversions très-prononcées, le doigt m'a toujours suffi pour ramener l'utérus à sa position normale.

Il est plus difficile de maintenir l'utérus en place que de l'y ramener.

En effet, la manœuvre faite pour la réduction met bien pour quelque temps cet organe dans sa situation normale ; mais les causes de son déplacement subsistant toujours, il revient de suite à sa position vicieuse. Deux ordres de moyens se présentent : les uns agissent indirectement, les autres directement. Les premiers sont le repos au lit et la situation horizontale, surtout le décubitus dorsal ; les seconds sont les corps solides introduits dans le vagin. Je crois que les premiers moyens ne sont nécessaires que dans les cas où l'antéversion est très-prononcée, et que dans ceux où elle est moindre, les moyens locaux suffisent. Cependant j'ai vu des cas où l'emploi de ces deux moyens a dû être combiné, non pas à cause du degré très-avancé de la maladie, mais à cause des douleurs que les malades éprouvaient. Au surplus, dans ces cas, c'est moins le repos et la position assise sur une chaise longue qui sont nécessaires que le décubitus dorsal et par conséquent la position horizontale qui sont indispensables.

Les seconds moyens, c'est-à-dire les corps solides introduits dans le vagin pour maintenir l'utérus ramené à sa place normale, sont les pessaires. Je me suis toujours servi avec succès du tamponnement avec la charpie. Chaque jour, j'introduis dans le vagin au moyen du speculum un tampon de charpie plus ou moins gros en raison de l'effet que je veux obtenir ; mais je dois faire observer de suite que ce tampon ne doit pas être trop gros, car alors il gêne la femme, et il a des inconvénients qui dépendent de sa pression sur la vessie et le rectum. Ce mode de traitement a plusieurs avantages : 1° le speculum mis tous les jours dans le vagin ramène chaque jour l'utérus à sa position normale ; 2° le tampon de charpie est un corps moins irritant que le pessaire, et il n'occasionne pas par sa présence une sécrétion muqueuse comme celui-ci la produit toujours ; 3° le tampon s'imbibe des humidités du vagin et de celles qui viennent de l'utérus, et en desséchant pour ainsi dire les parties, il les tonifie par la légère excitation qu'il fait naître ; 4° le tampon pouvant être fixé par un fil, comme un bourdonnet, peut être retiré le soir par la malade au moment du coucher, sans occasionner ni la moindre peine, ni la moindre douleur ; le pessaire peut bien être retiré aussi, mais son extraction est plus difficile et plus douloureuse ; 5° enfin le tampon sert à porter sur l'utérus, s'il est ulcéré, les médicaments convenables, et de plus il contribue lui-même à la guérison de l'ulcération. Ces diverses rai-

sons m'ont engagé depuis plus de dix ans à renoncer aux pessaires pour le traitement de l'antéversion de la matrice.

Tous les pessaires peuvent servir pour le traitement de l'antéversion de l'utérus ; quelques-uns cependant ont une action plus directe : ce sont ceux dont le bord de la cuvette est coupé obliquement, et dont le fond est porté sur une tige, soit que cette tige se trouve au milieu du pessaire, soit qu'elle se trouve à sa partie antérieure. La coupe oblique du bord de la cuvette a pour but d'élever la face antérieure de l'utérus qui regarde en bas, et de faciliter le renversement de son corps en arrière, et la tige a pour effet de maintenir verticalement le pessaire et par conséquent l'utérus. J'ai obtenu de très-heureux résultats de cette forme de pessaire, tandis que je n'avais tiré aucun avantage des pessaires sans tige, même quand le bord de leur cuvette était coupé obliquement. Dans un cas d'antéversion compliqué d'abaissement, j'ai essayé l'emploi d'un pessaire à bord oblique, monté sur une tige composée de deux parties unies par un pas de vis, de sorte que cette tige pouvant être allongée et raccourcie à volonté, on pouvait élever plus ou moins l'utérus. L'effet n'a pas été tel que je l'avais supposé, et n'a pas répondu à mon attente.

On peut faire concourir avec l'emploi de ces moyens mécaniques les grands bains et les injections toniques et fortifiantes, tels que les injections et les bains sulfureux, les bains de mer, les injections de tan, de noix de galle, d'acétate de plomb, etc. Mais on ne doit pas se dissimuler que ces moyens thérapeutiques sont loin d'être des moyens curatifs, et l'on observe que, dans un grand nombre de cas, ils ne sont que des palliatifs qui procurent une guérison temporaire et auxquels il faut avoir de nouveau recours à des époques indéterminées.

On a désigné sous les noms d'*antéflexion* et de *rétroflexion* de l'utérus des antéversions et des rétroversions de cet organe dans lesquelles l'extrémité libre du col utérin n'a pas conservé sa direction normale. On sent, lorsqu'on touche les malades, que l'orifice du col regarde en bas, et qu'un peu au-dessus le col se recourbe soit en avant, soit en arrière, selon la nature de la maladie, pour prendre la position de l'utérus déplacé. Je me contenterai d'indiquer ces modes de déplacements sans émettre d'opinion, parce que je ne les ai jamais trouvés suffisamment prononcés pour les juger. J'ai quelquefois ren-

contré des cols utérins très-gros et très-mous dont les lèvres, soit antérieure, soit postérieure, ne semblaient pas suivre la direction du col ; mais ces dispositions ne m'ont jamais paru suffisantes pour que j'en fisse un ordre de maladies spéciales. D'ailleurs les symptômes et le traitement sont les mêmes que ceux de la rétroversion et de l'antéversion.

Des obliquités de la matrice. (P. B.)

Les *obliquités* de l'utérus sont les inclinaisons antérieure, postérieure ou latérales que prend cet organe, lorsque, développé par le produit de la conception, il s'élève au-dessus du détroit supérieur du bassin, et ne peut plus être soutenu par ses parois : telles sont au moins les obliquités que l'on indique généralement. Cependant, d'autres obliquités peuvent exister : ce sont celles que l'on observe dans l'état de vacuité de l'utérus et dont j'ai déjà dit quelques mots en parlant de l'antéversion de cet organe. Les obliquités dans l'état de grossesse ont lieu en avant, en arrière ou latéralement ; les obliquités dans l'état de vacuité de l'utérus ont lieu dans la direction des axes diagonaux du bassin. Ces dernières obliquités sont-elles dépendantes des grossesses antécédentes, ou peuvent-elles se manifester chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants ? Je les ai observées chez les unes et chez les autres ; mais les points de comparaison ne sont pas assez nombreux pour que je puisse me prononcer d'une manière décisive.

On désigne les obliquités sous les noms d'antérieure, postérieure, latérale droite, latérale gauche, d'après le côté vers lequel est porté le fond de l'utérus ; Hennieman de Gœttingen les a désignées par les mêmes noms ; mais d'après le côté vers lequel était tourné le col utérin.

L'*obliquité antérieure* est la plus commune de toutes tant dans la grossesse que dans l'état de vacuité de l'utérus. Dans l'un et l'autre cas, l'utérus est dirigé le plus souvent, on pourrait presque dire exclusivement, en avant et à droite, de sorte que son fond regarde de ce côté, et que son col est en arrière et à gauche ; cependant il arrive quelquefois que le fond regarde en avant et à gauche, et le col en arrière et à droite : j'en ai vu des exemples dans l'état de vacuité de l'utérus, mais ces cas sont très-rares. Les causes de cette obliquité sont la laxité des ligaments larges et la flaccidité des parois abdominales.

Suivant quelques pathologistes, l'inclinaison du bassin en avant, et

la convexité trop grande de la portion lombaire du rachis concourent puissamment à la production de l'obliquité dans la grossesse. Deventer pensait qu'elle dépendait de la brièveté des ligaments ronds, et Levret l'attribuait à l'insertion du placenta; mais l'observation n'a pas prouvé la réalité de ces causes. On peut regarder comme cause fréquente de l'obliquité à droite la présence et l'amas des matières fécales dans la partie inférieure du gros intestin.

Les signes de l'obliquité pendant la grossesse sont : la protubérance de l'abdomen, l'inclinaison en avant du fond de l'utérus, que l'on distingue à travers les parois abdominales, la situation de l'orifice utérin, qui, placé dans le point diamétralement opposé au fond de la matrice, est fortement porté vers la face antérieure du sacrum, et est quelquefois tellement élevé qu'il est au-dessus de l'angle sacro-vertébral, et qu'on ne peut l'atteindre avec le doigt indicateur ni même avec la main introduite dans le vagin. Dans ces cas extrêmes, le fond de l'utérus, porté en avant, s'abaisse quelquefois au point de se trouver au niveau et même au-dessous du bord supérieur des pubis. Alors, le ventre devient de plus en plus saillant en devant, au point de descendre au-devant des cuisses, et de venir s'appuyer sur elles dès que la femme commence à s'asseoir. Baudelocque et d'autres observateurs ont vu le fond de la matrice et le ventre, tombant en forme de besace, descendre jusqu'au niveau des genoux.

Les effets de cette obliquité sont variables suivant ses degrés. Toujours la protubérance du ventre est excessivement incommode et gênante, et toujours la pression de l'utérus sur la vessie, qui est entraînée avec elle au-dessus des os pubis, détermine ou un besoin continuel de rendre l'urine, ou une rétention complète de ce liquide : le cathétérisme, devenu alors nécessaire, présente constamment de grandes difficultés, à cause de la courbure et de la compression du méat urinaire. Mais c'est surtout pendant l'accouchement que les effets de cette obliquité sont fâcheux, parce que l'impulsion communiquée à l'eau de l'amnios et à la tête de l'enfant, par les contractions de l'utérus et des muscles abdominaux, presse vers l'excavation du bassin la paroi antérieure du col de l'utérus, qui répond au vide du détroit supérieur, la distend, la déprime de plus en plus, et la tumeur que cette paroi forme en poussant au-devant d'elle la paroi correspondante du vagin peut descendre au point de former une saillie entre les lèvres de la vulve. Des cas de ce genre ont été observés un assez

grand nombre de fois par les accoucheurs, et ils les ont trompés au point de leur faire croire que l'orifice utérin s'était oblitéré après la conception; ce qu'il est difficile de penser, car pour que cette oblitération eût lieu, il aurait fallu antérieurement l'existence de symptômes inflammatoires.

Les signes de l'obliquité antérieure pendant l'état de vacuité ne sont pas aussi prononcés; ils ont une grande analogie avec ceux-ci, comme on a pu le voir déjà par ce que j'ai dit plus haut en parlant de l'antéversion. La tuméfaction de l'abdomen existe, mais elle n'est pas directement antérieure, elle est latérale antérieure droite ou gauche, et principalement droite. Cependant, les femmes se plaignent du gonflement général du ventre, en indiquant le côté vers lequel est incliné le fond de l'utérus. On ne sent pas celui-ci à travers les parois abdominales; quelquefois néanmoins on reconnaît une petite tumeur que l'on rapporte généralement à l'ovaire, et cette tumeur est douloureuse à la pression. Le toucher fait reconnaître que le col est porté en arrière et à gauche, et le doigt entrant dans le vagin rencontre la face antérieure du col avant de pouvoir atteindre sa lèvre antérieure. Les malades ont des douleurs de reins tantôt continuelles, tantôt momentanées; elles ont des tiraillements dans les aines, surtout dans celle qui correspond au fond de l'utérus, et j'en ai vu qui avaient une claudication sensible. Elles ne peuvent ni rester debout, ni marcher longtemps, ni rester à genoux; dans quelques cas, les mouvements de la voiture sont douloureux. Ces signes sont les mêmes que ceux que j'ai donnés pour l'antéversion, et si je les répète ici, c'est pour démontrer que, dans l'état de vacuité de l'utérus, l'antéversion simple et l'antéversion oblique sont la même maladie.

Les effets de cette obliquité sont beaucoup moins graves que ceux de la précédente; ils se bornent à des douleurs sourdes ou aiguës plus ou moins constantes, à des troubles dans les fonctions digestives, et à l'existence d'un écoulement leucorrhéique chez quelques femmes.

Le diagnostic de ces deux obliquités est très-facile, car le simple toucher donne de suite leur signe pathognomonique, la situation en arrière de l'orifice du col utérin.

Le traitement est très-simple. Le décubitus dorsal dans une position très-horizontale est la première chose qu'il faut faire; il suffit souvent pour replacer l'utérus. Si à ce décubitus on joint des tractions exercées sur le col utérin avec le doigt introduit dans le vagin, on est sûr de

ramener l'utérus à sa place normale; on peut, pour cela, saisir le col avec le doigt indicateur, dont la dernière phalange est recourbée en crochet, ou la mettre dans le col, et en l'attirant en avant on le fait basculer et avec lui l'utérus. On peut, si on éprouve quelque peine, s'aider de la compression sur la paroi abdominale avec le plat de la main gauche : par cette manœuvre, on repousse en arrière le fond de l'utérus à mesure qu'on ramène le col en avant. Ces règles générales, applicables aux obliquités antérieures, dans le cas de grossesse et dans ceux de vacuité de l'utérus, présentent quelques modifications dans la grossesse. Elles suffisent dans la vacuité de cet organe, et toujours une seule manœuvre momentanée ramène l'utérus à sa place; et s'il se déplace de nouveau, cela est sans inconvénient, parce qu'une nouvelle manœuvre le remet dans sa situation normale, et un moyen thérapeutique l'y maintient. Mais, dans la grossesse, au moment de l'accouchement, il faut faire une pression continue au moyen de la main placée sur l'abdomen jusqu'à ce que la tête ait franchi le détroit supérieur; cette pression doit être pratiquée avec beaucoup de ménagements pour ne pas contondre l'utérus. En combinant cette manœuvre avec celle qui consiste à ramener en avant le col utérin, on parvient à une heureuse délivrance. Il faut pour réussir n'exercer les tractions sur le col que pendant l'intervalle des douleurs.

L'*obliquité postérieure* est plutôt admise par la théorie que par la pratique et l'anatomie pathologique. La disposition de la colonne vertébrale permet difficilement de supposer que le fond de l'utérus puisse s'incliner suffisamment en arrière pour que le col se porte en avant au-dessus du pubis. Aussi, on ne trouve rien de positif sur cette obliquité dans les écrits des pathologistes, et il faut se contenter de ce qui est dit dans les observations isolées. On y voit que, dans ce vice de position de l'utérus, le col de cet organe vient se placer au niveau ou au-dessus de la symphyse pubienne, et que pour terminer l'accouchement, il faut ramener le col utérin en arrière, et le maintenir dans cette position jusqu'à ce que la tête soit engagée dans le détroit supérieur. Cette obliquité ne se rencontre que pendant la grossesse.

Les *obliquités latérales* n'existent, comme la précédente, que dans la grossesse. Elles peuvent être *droites* ou *gauches*; les premières sont plus fréquentes, à cause de l'inclinaison latérale droite de l'utérus, si commune dans la gestation. Les causes de ces obliquités

sont peu connues; on les a attribuées, la droite surtout, à l'habitude de se coucher sur l'un ou l'autre côté. La mauvaise conformation du bassin paraît contribuer beaucoup à la production de ces obliquités. La brièveté d'un des ligaments ronds l'occasionne quelquefois, d'après les observations de Stoll et de Tiedemann. L'adhérence de l'utérus avec les parties voisines, et la présence d'une tumeur dans la cavité abdominale, peuvent aussi les produire. Elles sont toujours beaucoup moins prononcées que l'obliquité antérieure à cause de la saillie de l'os des îles, de la partie inférieure du thorax et du peu de longueur du flanc.

Les signes de ces obliquités se tirent de la présence du fond de l'utérus dans le flanc, et de la direction du col de l'utérus que le toucher par le vagin fait reconnaître. Leurs effets sont les mêmes que ceux des autres obliquités. Le traitement est aussi le même : il faut, par de douces pressions, repousser le fond de l'utérus, et par l'action du doigt ramener le col à sa position normale, et l'y maintenir jusqu'à ce que la tête soit engagée dans le détroit supérieur.

5° Des calculs ou pierres de la matrice.

Il est arrivé quelquefois que des femmes ont rendu par le vagin des masses pierreuses ou osseuses auxquelles on a donné le nom de pierres de la matrice; mais plus souvent encore on a trouvé à l'ouverture des cadavres une ou plusieurs concrétions de ce genre dans la cavité de l'utérus : il ne peut donc rester aucun doute sur l'existence de cette maladie.

Les causes qui donnent lieu à la formation des calculs utérins sont assez obscures : Louis avait émis l'opinion qu'elles naissent de l'aggrégation des parties les plus solidifiables que contient le liquide exhalé dans la matrice, de la même manière que se forment les calculs urinaires, biliaires et autres. M. le professeur Roux (1), dans un mémoire sur les polypes fibreux de l'utérus, a pensé que ces pierres de la matrice n'étaient le plus souvent que des corps fibreux ossifiés. Cette manière de voir paraît beaucoup plus conforme à la raison et plus d'accord avec les faits observés. En effet, il n'est pas

(1) *Mélanges de chirurgie*, p. 101.