

Marche. Lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, c'est-à-dire que l'utérus n'est pas réduit, la tumeur utérine étranglée par les parois du col ou par celles du vagin, devient le siège d'un engorgement inflammatoire; dans d'autres cas, le volume de l'utérus diminue peu à peu, les femmes sont exposées à des pertes habituelles de sang et dans l'impossibilité de concevoir. Toutefois Chevreul, médecin d'Angers (1777), a rapporté un exemple de conception dans un cas de renversement de l'utérus; bien entendu que le fœtus s'est développé dans ce cas en dehors de la cavité utérine. Enfin la réduction de la matrice, renversée depuis plus ou moins longtemps, a eu lieu quelquefois spontanément, au moment d'un effort; c'est ce qu'il est au moins permis d'inférer d'après les faits rapportés par de La Barre et Baudelocque.

Diagnostic. L'utérus renversé au moment de l'accouchement a été pris pour la tête d'un second enfant, pour une môle; il suffit de signaler l'erreur sans y insister. Le même genre de déplacement a été considéré quelquefois comme une chute de l'utérus. Le renversement diffère de la descente de l'utérus par la forme de la tumeur qui n'est pas celle d'un cône allongé à petite extrémité tournée en bas; par l'absence d'ouverture transversale (museau de tanche) au niveau même de cette petite extrémité. Le diagnostic différentiel du renversement et des *polypes* de l'utérus sera exposé plus loin.

Pronostic. Traitement. Le renversement de l'utérus est grave surtout quand il a lieu après le travail de l'accouchement.

La première indication à remplir est de faire la réduction de l'utérus. En cas de simple dépression, on sollicite les contractions utérines par des frictions sur l'hypogastre; si ce moyen est insuffisant, on introduit la main dans l'utérus pour relever la portion abaissée. Si le renversement est au second degré et que le fond de la matrice se soit engagé dans l'orifice du col, plusieurs circonstances relatives au placenta peuvent réclamer des indications différentes. Si le placenta est séparé en entier, l'hémorragie abondante qui en est la conséquence nécessite une réduction prompte; si le placenta est en partie décollé, il faut en achever la séparation et réduire immédiatement après; si le délivre est adhérent partout, il faut réduire l'utérus avec le placenta et provoquer ensuite la délivrance. Si le renversement est au troisième degré et que le placenta soit décollé, on réduit immédiatement, et comme la réduction peut offrir des difficultés, on met la femme dans une situation telle que les muscles abdominaux soient relâchés, on embrasse l'utérus avec la paume de la main droite, en repoussant la partie de l'utérus qui est le plus près de l'orifice, ou bien en déprimant avec les doigts le centre de la tumeur que l'on fait rentrer dans le globe que forme l'utérus, et en prenant garde de soutenir le col pendant les efforts de réduction. La réduction opérée, on laisse la main dans l'utérus pour solliciter les contractions de l'organe. Si le placenta est en partie décollé, on achève le décollement, après quoi on se comporte comme dans le cas précédent. Si le placenta adhère dans tous les points de son étendue, on réduit à la fois l'utérus et le placenta; mais si l'orifice utérin

n'est pas assez dilaté pour laisser passer la tumeur on décolle le placenta et on réduit le plus promptement possible. (Pour plus de détails, voir les traités d'obstétrique.) Lorsque les tentatives de réduction ne parviennent pas à ramener l'utérus dans sa position, il faut soutenir l'organe au moyen d'un bandage approprié et revenir au taxis plus tard. Dans tous les cas, il ne faut jamais pratiquer ni la ligature ni l'amputation de l'utérus, pour un simple renversement de l'organe.

CHAPITRE II.

INFLAMMATION DE L'UTÉRUS.

L'inflammation de l'utérus se montre chez les femmes qui sont récemment accouchées, ou bien en dehors de l'état puerpéral. Nous ne nous occuperons pas de la métrite des femmes en couches; elle appartient à l'histoire de la fièvre puerpérale. Nous diviserons la seconde espèce de métrite en quatre variétés: métrite *aiguë*, métrite *chronique* du corps de l'utérus; métrite *interne* ou *catarrhe* utérin, et métrite du *col*, à laquelle nous rattachons les *granulations* et les *ulcérations*.

1^o MÉTRITE AIGUE.

Causes. Cette affection est rare en dehors de l'état puerpéral; elle atteint de préférence les femmes jeunes, d'un tempérament pléthorique; après une suppression brusque des règles; à la suite de l'abus de rapports sexuels; par l'extension à l'utérus tout entier d'une inflammation chronique du col; après des cautérisations faites sur le col, des injections vaginales astringentes ou froides; l'administration de substances emménagogues; l'introduction de pessaires dans le vagin, etc.

Symptômes. L'inflammation occupe le corps tout entier de l'utérus ou une portion de l'organe; le plus souvent la totalité de la matrice est envahie. La phlegmasie se propage très-rarement au péritoine, bien différente sous ce rapport de la métrite puerpérale qui s'étend si souvent à cette séreuse.

La métrite aiguë est annoncée par une douleur vive et profonde de la région hypogastrique, augmentant par la pression, et se propageant jusque dans les régions ovariennes, rénales et crurales; par une sensation de gêne et de poids dans le bassin. Le vagin devient chaud et sec, le col de l'utérus est tuméfié et souvent sensible à la pression; le corps de l'utérus l'est également, ce que l'on peut constater en portant le doigt très-haut dans le vagin. Les malades ne peuvent se tenir debout, ni marcher; les excréments alvins sont douloureux et les garde-robes quelquefois tapissées de mucus, alors que l'inflammation s'est propagée au rectum. Il existe parfois une irritation et une douleur de la vessie accompagnées de difficulté pour

uriner. Dans la première période de la maladie, les sécrétions vaginale et utérine sont suspendues, à moins que l'inflammation n'ait envahi en même temps la muqueuse utérine, ce qui donne lieu à une sécrétion *séro-sanguinolente* ; dans la seconde période on observe souvent un écoulement abondant. A ces phénomènes locaux s'ajoutent des troubles généraux : fièvre, état blanchâtre de la langue, nausées, soif, céphalalgie, gonflement douloureux des mamelles.

Marche. Terminaisons. La métrite aiguë se termine le plus souvent par résolution dans l'espace de cinq à dix jours. Rarement l'inflammation donne lieu à la formation d'un *abcès* qui s'ouvre soit dans la cavité utérine, soit dans le rectum ou la vessie ; dans ce cas, l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire péri-utérin et notamment à celui que contiennent les ligaments larges. La métrite aiguë peut aussi passer à l'état chronique.

Diagnostic. On peut confondre la métrite aiguë avec une cystite, une inflammation des ligaments larges, une péritonite. Dans la *cystite*, la douleur hypogastrique est plus superficielle, il existe une sensation de prurit au méat urinaire et de fréquents besoins d'uriner ; la miction est douloureuse, le toucher vaginal fait reconnaître une sensibilité exagérée au niveau du cul-de-sac antérieur du vagin. Dans l'inflammation des *ligaments larges*, la douleur occupe les parties latérales de l'utérus ; le toucher vaginal révèle l'existence d'une tumeur précisément dans ces parties. Dans la *péritonite*, la douleur abdominale est plus vive, plus superficielle ; il existe du météorisme, des vomissements, le pouls est petit, etc.

Anatomie pathologique. La métrite aiguë simple ne se terminant presque jamais par la mort, on ne connaît que par induction les lésions propres à cette maladie ; celles que l'on a décrites se rapportent à la métrite puerpérale.

Pronostic. Traitement. L'affection n'est pas grave. On la combat par des émissions sanguines locales, à l'hypogastre, la vulve, l'anus. Une saignée du bras peut être utile chez les femmes fortement constituées ; la saignée du pied est préférable en cas de suppression des règles. Des fomentations ou des cataplasmes émollients sur l'hypogastre soulagent les femmes ; il en est de même des injections vaginales émollientes ou légèrement narcotiques. Les autres moyens à employer rentrent dans l'histoire du traitement général des phlegmasies.

2° MÉTRITE CHRONIQUE DU CORPS DE L'UTÉRUS.

D'après les observations de Bennet, la métrite chronique du corps de l'utérus est le plus souvent circonscrite à cette portion de la *paroi postérieure* de l'organe qui se trouve immédiatement au-dessus de la base du col. Cette affection peut être la conséquence et l'un des modes de terminaison d'une métrite aiguë ; le plus souvent elle est le résultat de l'extension graduelle d'une inflammation chronique du col au corps de l'utérus.

Symptômes. Ils sont bien plus marqués pendant la période menstruelle que dans l'intervalle des règles. Les femmes accusent une douleur sourde,

désagréable, profonde, à la partie inférieure de l'hypogastre, dans la région lombo-sacrée ; une sensation de pesanteur dans le bassin ; la marche et les mouvements du corps sont difficiles. Par le toucher vaginal, on constate souvent l'existence d'une maladie du col de l'utérus ; puis on trouve une portion *du corps* de l'utérus très-sensible à la pression, formant une saillie régulière ou bosselée, et se continuant sans ligne de démarcation avec la surface du col ; quelquefois il n'existe aucune tumeur, mais seulement une douleur locale vive. L'utérus se déplace dans un sens qui est en rapport avec le siège de la tuméfaction ; il y a une rétroversion ou une rétroflexion, lorsque la métrite occupe la paroi postérieure, antéversion ou antéflexion dans des conditions opposées. Comme effets de ces déplacements, il y a de la constipation ou une irritation de vessie. Chez beaucoup de femmes, la métrite chronique du corps de l'utérus est accompagnée d'un écoulement vaginal musoco-purulent dû à l'inflammation concomitante du col.

Lorsque la métrite chronique dure un certain temps, il y a des troubles généraux : teint pâle ou jaunâtre, expression de douleur et de langueur sur le visage, diminution de l'embonpoint, nausées et dégoût pour les aliments, maux de tête, troubles de la vision et de l'ouïe, insomnie, rêves pénibles, constipation, palpitations, accès de fièvre par intervalles.

Marche. Terminaisons. L'affection dure en général longtemps et finit rarement par guérison spontanée. Elle se termine quelquefois par *induration*, c'est-à-dire avec persistance de la tuméfaction et disparition de la sensibilité à la pression. Elle peut passer à l'état aigu et se propager alors aux ligaments larges et au péritoine. Elle ne se termine jamais par dégénérescence cancéreuse, à moins de prédisposition spéciale (Chomel, Bennet).

Diagnostic. C'est surtout avec les déplacements de l'utérus, la rétroversion ou la rétroflexion, que l'on confond la métrite chronique du corps de l'utérus ; le toucher vaginal pratiqué avec soin, et au besoin le cathétérisme utérin, permettront de distinguer ces affections. Il sera question plus tard du diagnostic différentiel de la métrite chronique et du cancer de l'utérus.

Anatomie pathologique. La partie enflammée est augmentée de volume, congestionnée. Lorsqu'elle est indurée, elle offre un tissu plus dense, gris ou gris rougeâtre.

Pronostic. Traitement. La métrite chronique du corps de l'utérus est une affection grave, en raison des troubles généraux auxquels elle donne lieu et de la difficulté qu'on éprouve à obtenir la guérison.

Il faut d'abord, si la métrite est entretenue par une ulcération ou par une inflammation subaiguë du col, combattre ces dernières. On recommande le repos dans la position horizontale, au moins plusieurs heures par jour ; des injections vaginales émollientes, astringentes ou narcotiques ; l'application de sangsues sur le col de l'utérus donne quelquefois de bons résultats ; il en est de même des vésicatoires ou d'un cautère à l'hypogastre, la partie interne des cuisses. L'iodure de potassium peut être essayé à l'intérieur. Lorsque ces moyens échouent, Bennet propose