rend moins abondante la sécrétion laiteuse. La persistance des douleurs abdominales, jointe aux phénomènes de réaction générale, peut faire croire à une inflammation péritonéale qui n'existerait réellement pas.

Pronostic. — Le rhumatisme de l'utérus n'est pas une maladie susceptible d'entraîner la mort de la mère; mais par les douleurs qu'il occasionne, les erreurs qu'il peut faire commettre, il n'en mérite pas moins toute l'attention du médecin. Pendant la grossesse, il peut être une cause d'avortement, et bien qu'il ne se montre en général qu'après le sixième mois, c'est toujours pour le œtus une chose très-fâcheuse que de naître avant terme. Pendant le travail, nous avons vu l'influence fâcheuse qu'il avait sur la marche et le caractère des douleurs. Il a plusieurs fois nécessité l'accouchement artificiel. Il peut encore rendre difficile la délivrance, et troubler l'ordre des phénomènes qui constituent les suites de couches. A cette époque, il a été souvent confondu avec des phénomènes franchement inflammatoires, et combattu par des moyens plus nuisibles qu'utiles.

Sous le rapport de l'époque à laquelle il se montre, il est en général d'autant plus fâcheux qu'il survient à une époque moins avancée de la grossesse. D'abord parce qu'il a plus d'influence alors sur une gestation encore mal assurée, puis parce qu'il a de la tendance à se renouveler plusieurs fois avant le terme, et que la plupart des femmes qui ont été affectées pendant la grossesse l'ont vu reparaître encore pendant l'accouchement qu'il a rendu laborieux.

Traitement. — 1° Pendant la grossesse, saignée du bras, révulsifs intestinaux (huile de ricin, ipécacuanha), bains, lotions laudanisées sur le ventre, potions opiacées, boissons sudorifiques, tels sont les moyens qui ont été le plus souvent suivis de succès. Dans les cas où l'affection de l'utérus avait succédé à la disparition brusque d'une douleur rhumatismale, application de révulsifs sur le point primitivement affecté. 2° Pendant le travail, mêmes moyens; s'ils échouent, et que le degré de dilatation du col permette à l'art d'intervenir, forceps ou version. 3° Après l'accouchement, boissons sudorifiques, onctions opiacées sur le ventre, bains, sangsues à la vulve, si l'écoulement lochial a disparu. Ipécacuanha uni à l'opium.

ARTICLE X

DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS CONSIDÉRÉS SOUS LE RAPPORT DES ACCIDENTS QU'ILS PEUVENT PRODUIRE PENDANT LA GROSSESSE.

§ I. — Du prolapsus utérin.

Nous avons déjà vu, en étudiant la situation de l'utérus aux diverses époques de la grossesse, que l'utérus s'abaissait, et que le museau de tanche se rapprochait de l'orifice de la vulve. Ce premier degré d'abaissement peut être considéré comme physiologique; mais il ne peut devenir plus grand sans donner lieu à quelque accident. Abstraction faite de toutes les causes étrangères à la

grossesse, la matrice descend d'autant plus dans les premiers mois de la gestation, que le bassin est plus spacieux et que les ligaments sont plus relâchés. Chez les unes elle vient s'appuyer sur le plancher du bassin, et chez les autres son col, même son corps, dans les cas graves, franchissent la vulve et se montrent à l'extérieur.

On voit donc que, pendant la grossesse comme pendant l'état de vacuité, on peut distinguer un simple abaissement, un prolapsus incomplet et un prolapsus complet. Le dernier, dans lequel le corps de l'utérus tout entier est en dehors des parties génitales et pend entre les cuisses de la femme, est excessivement rare; cependant on a eu tort d'en nier la possibilité, car un fait de Vimmer en démontre l'existence.

Ces déplacements peuvent se produire pendant la grossesse, lentement ou tout à coup, chez une femme qui, auparavant, n'en portait aucune trace; mais quelquefois aussi ils ne sont que la continuation ou l'exagération d'un prolapsus préexistant. Bien, en effet, que le développement toujours progressif de l'utérus soit, vers le quatrième ou le cinquième mois, un moyen de guérison du prolapsus incomplet de la matrice, en forçant l'organe, trop à l'étroit dans l'excavation, à s'élever au-dessus du détroit supérieur, on voit quelquefois, chez les individus dont le bassin est très-large, le déplacement se maintenir et même augmenter malgré les progrès de la grossesse. J'ai tout dernièrement observé dans mon service, à la Clinique, un exemple fort remarquable du prolapsus incomplet, dans lequel tout le col de l'utérus faisait saillie en dehors de l'ouverture vulvaire, l'excavation tout entière étant occupée par la partie inférieure du corps distendu par la tête fœtale : le déplacement s'est maintenu jusqu'après l'accouchement sans accident bien sérieux [1]. Il datait de plusieurs années.

[1] Voici quelques détails sur ce fait intéressant. La nommée Marie, âgée de vingt-sept ans, entra à la Clinique le 18 octobre 1849. Elle était alors au commencement du neuvième mois de sa grossesse. Il y a quatre ans, la malade eut une première grossesse vers la fin de laquelle elle sentit et vit une petite tumeur rouge, du volume d'une noix environ, sortir par la vulve, mais peu proéminente, et qui gêna peu la malade et nullement l'accouchement, puisque celui-ci s'est terminé assez rapidement. Après ses couches, elle continua à ressentir la même tumeur, moins proéminente à la vérité que pendant sa grossesse, rentrant et sortant alternativement, selon qu'elle gardait le repos ou se livrait à des courses fatigantes. Dans ce dernier cas, elle souffrait beaucoup de tiraillements dans les aines et dans le haut des cuisses. Elle avait habituellement une constipation opiniâtre et quelquefois des difficultés assez grandes d'uriner.

Il y a deux ans, la même personne redevint enceinte pour la seconde fois; et pendant les trois premiers mois de sa grossesse, elle vit sa tumeur devenir progressivement plus proéminente, sortir de la vulve et pendre très-bas, si bas, dit-elle, qu'une sage-femme, après avoir fait rentrer les parties sorties, lui mit un pessaire, lequel procura de la gêne et ne fut conservé que deux jours. Huit jours après l'application du pessaire, elle fit une fausse couche d'environ trois mois et demi à quatre mois. La sage-femme qui l'assista ne put avoir le placenta, et deux jours après, un médecin essaya d'abord avec la main, puis avec une pince, d'extraire le placenta, dont il ne put avoir que quelques débris.

Elle s'est bien rétablie; sa tumeur restait au dedans quand elle gardait le repos dans sa chambre, et paraissait au dehors quand elle marchait beaucoup.

Devenue grosse pour la troisième fois, elle n'a pas été gênée beaucoup plus que d'habitude par cette tumeur durant les trois premiers mois : mais, à partir du quatrième mois,

Dans quelques cas, le déplacement a notablement augmenté, et soit sous l'influence de son propre poids, soit à la suite d'un effort ou d'un exercice violent, la partie inférieure du corps de l'utérus est venue faire saillie à l'extérieur de la vulve, la partie supérieure de l'organe étant encore dans l'intérieur du bassin.

Les accidents qui résultent de ce déplacement varient d'intensité, suivant le degré du déplacement et l'époque de la grossesse à laquelle il survient. Lorsque le bassin est trop vaste, et que cet excès d'amplitude porte surtout sur l'excavation, les détroits n'ayant que leur dimension normale, l'utérus se développe dans le petit bassin beaucoup plus longtemps que chez les femmes bien conformées. Cet organe gêne alors les parties voisines, pèse sur le rectum et la vessie, et les irrite; la femme éprouve un sentiment de pesanteur à l'anus, des tiraillements douloureux vers les aines, les lombes et l'ombilic; un écoulement

celle-ci a fait une saillie plus considérable hors de la vulve, et vers les trois derniers mois de la grossesse, elle a été plusieurs jours sans pouvoir rentrer, lors même que le repos le plus absolu était gardé au lit. Aujourd'hui que la malade est enceinte de huit mois et demi, voici ce qu'on observe :

Une tumeur cylindrique, longue de 5 centimètres, apparaît hors de la vulve ; elle a 13 centimètres de circonférence, un peu plus grosse à son extrémité inférieure et plus dure qu'à son extrémité supérieure. Sa surface externe est divisée, à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, par un cercle un peu blanchâtre, lequel limite deux colorations et deux surfaces d'aspect différent. La partie supérieure est rosée et lisse, et ce n'est que la surface interne du vagin renversé de haut en bas, avec lequel elle se continue en haut de la vulve; la surface interne du vagin est donc devenue surface externe de la tumeur. Sa partie inférieure, d'un rouge plus foncé, présente des rides ou plis dirigés de haut en bas et de dedans en dehors, et séparés sur la partie médiane par des fibres d'apparence longitudinale. Ces plis ne sont autre chose que l'arbre de vie du col renversé de bas en haut : de sorte que la surface interne de la cavité du col est devenue surface externe de la tumeur dans l'étendue de 1 centimètre 1/2.

L'extrémité inférieure de cette tumeur, un peu renflée, est percée d'une ouverture, froncée en nœud de bourse, et dans laquelle le doigt pénètre facilement. C'est la cavité du col à travers laquelle on arrive en parcourant un canal long de 7 centimètres au moins sur les membranes, et une partie dure qu'on reconnaît être la tête du fœtus. L'orifice interne est assez largement dilaté, comme une pièce de 1 franc à peu près. On peut sentir que la tête est tout entière dans l'excavation et tout à fait derrière la symphyse des pubis par laquelle elle semble arrêtée.

Si l'on cherche à pénétrer dans le vagin en contournant l'extrémité supérieure de la tumeur, on arrive dans un cul-de-sac profond de 7 à 8 centimètres sur les côtés, de 6 à 8 en arrière, et de 5 à 6 seulement en avant, où l'on est arrêté par les parois de l'urèthre épaissies et comme recourbées en arrière. Ce cul-de-sac est formé par le vagin renversé de haut en bas ; et si l'on cherche à le repousser en haut, on est bientôt arrêté par la tête du fœtus plongée dans l'excavation et appuyant sur le plancher du bassin.

La malade accuse une constipation opiniâtre et quelquefois seulement une difficulté dans l'émission de l'urine qui s'échappe par jets de forces différentes.

Si nous résumons ce qui précède, on trouve : 1° descente de matrice qui ne semble retenue dans le bassin que par le plancher, les arcades et la symphyse des pubis, contre lesquels elle s'appuie; le rectum et le canal de l'urèthre se trouvent également comprimés ; 2° prolapsus hors de la vulve du col utérin qui entraîne avec lui le vagin dont il se revêt à la manière d'un doigt de gant renversé, pour sa partie supérieure, qui se renverse lui-même de bas en haut dans l'étendue de 1 centimètre 1/2, pour former de sa face interne la surface externe de son extrémité inférieure : c'est cette extrémité du col qui forme la portion renflée et ridée de la tumeur; 3° constipation et difficulté d'uriner par compression.

Du 20 octobre au 3 novembre, la tumeur a augmenté un peu d'étendue, de 2 centi-

plus ou moins abondant et plus ou moins fétide s'établit. La femme ne peut rester debout ni marcher librement, et elle tombe insensiblement dans le marasme. Si la grossesse est plus avancée et le volume de la matrice plus considérable, ou bien si, moins volumineux, l'utérus est descendu plus bas, les accidents sont encore plus fâcheux : il peut en résulter une rétention complète d'urine, une constipation très-opiniâtre; enfin, on conçoit que la gêne que l'utérus exerce sur les autres parties peut réagir sur lui, et que l'irritation qui en résulte peut être cause d'avortement.

On peut, lorsque la rétention d'urine est complète, ou pratiquer le cathétérisme, ou repousser la matrice avec deux doigts introduits dans le vagin. Ces secours ne seraient pas même nécessaires si la femme se tenait couchée sur le dos, et tenait les fesses fort élevées toutes les fois qu'elle veut uriner. Du reste, tous ces accidents cessent lorsque, vers le cinquième mois, la matrice, ne pou-

mètres environ : mais elle a augmenté beaucoup plus de volume par suite de l'œdème des parties prolabées.

Après quelques efforts infructueux pour réduire la partie prolabée, je crus ne pas devoir insister davantage et me borner à faciliter les garderobes par des laxatifs doux, la malade ne pouvant prendre de lavements ; à prescrire un bain tous les deux ou trois jours, et des lotions et injections fréquentes. Aidés de la position horizontale, ces moyens suffiront pour faire cesser complétement les souffrances de la malade.

Le 3 novembre, à midi, les eaux se sont écoulées sans douleur après des efforts pour aller à la selle. L'orifice interne du col n'était pas plus dilaté qu'une pièce d'un franc ; le col un peu plus long qu'il ne l'était avant le 3 novembre, et un peu plus ramolli. Pendant les dix derniers jours, la malade sentait son ventre se durcir de temps en temps, sans en éprouver la moindre douleur.

De midi à dix heures du soir, les douleurs ont été très-faibles et très-éloignées. De dix heures à trois heures du matin (le 4), elles sont devenues plus fortes, plus énergiques et plus rapprochées. Enfin, l'accouchement s'est terminé à trois heures du matin, le 4 novembre, après un travail de quinze heures, si l'on compte à partir de la rupture des membranes et de l'écoulement des eaux, et seulement de cinq heures, si on ne le fait partir que de dix heures du soir, époque où il n'y avait encore rien de changé dans la longueur ni dans la dilatation du col, et où les douleurs ont vraiment commencé d'être franches et régulières.

Voici les principaux phénomènes qui accompagnent l'expulsion du fœtus : Au commencement de l'accouchement, le col resta en dehors, absolument comme il se trouvait avant le travail ; et quand vint l'expulsion de la tête, il se dilata à sa vue, et fut le dernier obstacle que cette partie eut à vaincre. Aucune résistance ne fut apportée par la vulve, qui fut dépassée avant l'orifice externe du col utérin.

Le fœtus, du sexe masculin, naquit vivant. Son poids et ses dimensions étaient les suivants :

Poids	2290 gram.
Longueur totale	$0^m,46$
Du sommet à l'ombilic	$0^m,23$
De l'ombilic au talon	$0^m,23$
Diamètre occipito-frontal	$0^m,105$
— occipito-mentonnier	$0^m,126$
— bipariétal	$0^m,085$
— sous-occipito-bregmatique	$0^m,09$

Le lendemain de l'accouchement, le col présentait la même saillie hors de la vulve, et les parties étaient un peu plus flasques : l'engorgement s'étant dissipé, on fit rentrer le col dans le vagin, la malade garda le repos horizontal, et un mois après la malade sortit sans que le col se fût présenté à l'orifice vulvaire.

vant plus, à cause de son développement, rester dans la cavité du bassin, s'élève au-dessus du détroit supérieur.

Dans le cas de simple prolapsus et de chute incomplète, quelques auteurs ont conseillé de placer un pessaire pour soutenir l'utérus et empêcher le prolapsus de se compléter. Je crois le pessaire toujours inutile et souvent dangereux. Le repos au lit, les soins de propreté convenables, me paraissent suffisants pour prévenir la précipitation de l'organe et adoucir les irritations douloureuses que produit le déplacement.

Certains résultats heureux semblent autoriser quelques tentatives de réduction dans les cas de prolapsus incomplet et complet, survenus à une époque déjà avancée de la grossesse. Je crois que, dans les deux cas, il ne faut insister que très-modérément sur ces tentatives de réduction; car elles me paraissent de nature à compromettre gravement la grossesse. Lorsque le prolapsus est complet, les dangers auxquels la femme est exposée par la nature même du déplacement légitimeraient certainement un peu plus d'insistance; mais on comprend que, dans les derniers mois, on ne parviendra que bien rarement à faire rentrer l'utérus dans le bassin.

Lorsque cette réduction est impossible, il faut se contenter de soutenir avec un bandage convenable la tumeur utérine, et de faire garder à la femme la position horizontale.

Chez les femmes qui, pendant l'état de vacuité, ont une descente de matrice, il est à craindre que, par suite de la grande laxité des ligaments, elle ne persiste et n'augmente pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse. Aussi est-il prudent de conseiller à ces personnes de garder pendant tout ce temps la position horizontale, et de ne leur permettre de se lever qu'après le cinquième mois. Après l'accouchement, elles devront encore garder le lit au moins pendant six semaines, deux mois. A l'aide de ces précautions, non-seulement on parviendra à épargner à la femme enceinte les accidents qui résultent d'une chute de matrice pendant les premiers mois, mais on réussira quelquefois à la guérir radicalement de l'incommodité dont elle était affectée avant sa grossesse.

§ II. — Rétroversion.

La mobilité que la matrice conserve au milieu du bassin dans les premiers temps de la grossesse, malgré son augmentation de volume, l'expose à un autre genre de déplacement plus rare que le précédent, mais dont les suites sont beaucoup plus fâcheuses. Dans quelques cas, la matrice paraît éprouver un mouvement de bascule, par suite duquel son grand axe vertical se trouve couché plus ou moins horizontalement dans le bassin, de manière que son fond reste un peu plus élevé, mais quelquefois descend beaucoup plus bas que son col. Ce déplacement reçoit le nom de *rétroversion* lorsque le fond de l'organe se porte en arrière, dans la cavité du sacrum, et d'*antéversion* lorsqu'il est dirigé vers la symphyse des pubis. Ces deux variétés peuvent se rencontrer à des degrés différents; mais la concavité antérieure du sacrum fait que, lorsqu'il y a rétroversion, le déplacement peut être beaucoup plus considérable que dans l'antéversion. La première est d'ailleurs plus fréquente et beaucoup plus fâcheuse que la seconde.

Enfin, vers les derniers mois de la gestation, l'organe peut s'incliner plus ou moins fortement à droite ou à gauche, et constituer ce qu'on a désigné sous le nom d'obliquités latérales.

La rétroversion de l'utérus pendant la grossesse n'est pas très-rare, si l'on en croit M. Salmon (de Chartres), qui a publié sur ce sujet une excellente thèse de concours; nous acceptons volontiers son opinion, car, pour notre part, nous avons déjà observé trois cas de rétroversion. C'est ordinairement du troisième au quatrième mois que se produit cet accident; il est rare avant le troisième et après le cinquième mois. Il a été observé bien plus souvent chez les multipares que chez les primipares.

Le déplacement peut s'opérer lentement ou avoir lieu tout à coup; on peut donc décrire une rétroversion à marche lente et une rétroversion subite.

Les causes de la rétroversion lente sont : l'inclinaison normale du fond de la matrice vers la concavité du sacrum, au début de la grossesse; le développement plus rapide de la face postérieure de cet organe, à la même époque; l'amplitude du bassin, sur laquelle insiste M. Chailly; la pression continue que les viscères exercent sur le fond de l'utérus, et surtout l'accumulation des matières fécales dans l'S iliaque et la rétention d'urine. De nombreuses discussions ont eu lieu, il est vrai, au sujet de l'influence que la rétention d'urine peut avoir sur la production de la rétroversion : pour quelques-uns, en effet, la rétention d'urine n'est qu'un symptôme, et non la cause de la rétroversion; pour d'autres, la distension de la vessie aurait pour résultat de s'opposer au déplacement de la matrice, loin de pouvoir le produire. Nous acceptons l'opinion de ceux qui pensent que la rétention d'urine est la cause principale de la rétroversion à marche lente, et nous appuyons notre manière de voir sur ce qu'il suffit souvent de sonder les femmes régulièrement pour que la rétroversion disparaisse spontanément. On a encore noté comme cause de cette maladie pendant la grossesse une rétroversion qui aurait préexisté, le développement de tumeurs abdominales, des adhérences dues à une péritonite ancienne, etc.

Lorsque la rétroversion se produit brusquement, elle s'opère peu à peu par le même mécanisme; seulement il faut alors une impulsion brusque et énergique, et cette impulsion est le plus souvent donnée par la contraction rapide et violente des muscles abdominaux : ainsi, à la suite d'efforts violents de vomissement, à la suite des difficultés que les femmes habituellement constipées éprouvent quelquefois pour aller à la garderobe, ou pour uriner, dans les cas de rétention d'urine, on voit souvent la matrice se déplacer. M. Moreau cite une dame qui, soulevant subitement un poids de cinquante livres pour le mettre sur un plateau, fut prise immédiatement de douleurs dans le bas-ventre, vomissements, syncope, etc.; il trouva l'utérus complétement renversé en arrière. La réduction de ce déplacement fit immédiatement cesser tous les accidents. Une chute à la renverse (Nægele), un coup, une forte compression sur le bas-ventre, ont souvent produit le même résultat. Dans une des observations de Hunter, la rétroversion a paru à la suite d'une grande frayeur.

« A la suite d'un effort violent, dit M. Martin (de Lyon), une femme enceinte de trois mois fut prise de douleurs accompagnées de perte : le museau de tanche occupait alors le centre du vagin. Sous l'influence des efforts nouveaux auxquels se livra la malade, l'utérus fut complétement rétroversé. Le col était placé derrière le pubis et un peu à droite; le fond était appuyé contre le sacrum. Il est évident que, dans ce cas, la rétroversion, commencée peut-être d'abord par l'effort auquel se livra la femme, fut entretenue et augmentée ensuite par les contractions utérines et les efforts expulseurs des muscles de l'abdomen. » (Martin, *Mémoires*, p. 142.)

Quand ces déplacements surviennent lentement, la femme n'en est d'abord que très-médiocrement incommodée, et ce n'est guère que lorsqu'ils sont très-considérables que le besoin de la réduction se fait sentir. Ce ne sont d'abord que des tiraillements douloureux dans les aines et dans les lombes, un sentiment de pesanteur, de pression sur le col de la vessie, un peu de ténesme vésical, et surtout de la difficulté dans l'émission de l'urine, et de la constipation; mais quand l'utérus arrive à un certain développement, tous ces phénomènes augmentent et l'on est obligé d'intervenir. La matrice, comme enclavée au milieu du bassin, quand les accidents sont parvenus à ce point, s'y enclave plus fortement encore dans la suite. Son volume augmente très-rapidement; car, non-seulement le fœtus continue à se développer, mais encore les parois utérines se tuméfient, s'engorgent et s'enflamment, et les accidents causés par cette inflammation s'ajoutent à ceux qui existaient déjà. Comme l'espace que la matrice occupe alors, et qu'elle remplit complétement, est plus grand que le détroit supérieur, la réduction devient très-difficile et même impossible. Hunter cite un cas dans lequel on ne put faire la réduction. La femme mourut, et, à l'autopsie, il fallut couper la symphyse des pubis pour désenclaver la matrice.

Lorsque le déplacement est subit, tous ces accidents se manifestent brusquement, et, s'il survient à une époque déjà un peu avancée de la grossesse, ils sont tout de suite portés au plus haut degré ; ils peuvent même être promptement mortels. Leur persistance peut, en effet, donner lieu à une distension de la vessie si considérable, que la rupture de ce dernier organe en soit la conséquence [1]. L'accumulation des matières dans l'intestin détermine un sentiment de ténesme si impérieux, que la femme se livre à des efforts immodérés d'expulsion. La douleur produite aussi par l'utérus déplacé et enflammé peut donner lieu à une agitation convulsive des muscles abdominaux et des parois du vagin si grande, qu'elle peut occasionner la rupture du vagin, et faire sortir le fond

[1] La vessie énormément distendue constitue alors une tumeur sans doute très-considérable, qui peut mécaniquement augmenter la rétroversion et s'oppose à la réduction. Mais les adhérences très-intimes qui unissent la face antérieure et inférieure de l'organe à la paroi postérieure et inférieure de la vessie contribuent surtout à augmenter les difficultés. Le volume anormal de ce dernier organe le maintient très-élevé dans l'abdomen, et le col utérin ne peut évidemment être ramené en bas et en arrière qu'autant que la vessie désemplie pourra elle-même s'abaisser vers l'excavation.

de l'utérus par la vulve, comme le prouve le fait communiqué par M. Mayor à M. Dubois.

Le palper abdominal, dit M. Salmon, est le premier moyen auquel le médecin a habituellement recours auprès des femmes affectées de rétroversion. En général, les malades savent et disent qu'elles sont enceintes, et quand on examine l'abdomen pour se rendre compte des accidents qu'elles éprouvent, on trouve presque toujours une tumeur volumineuse qui soulève la région hypogastrique du pubis à l'ombilic. Cette tumeur est superficielle, fluctuante, mate à la percussion. Elle ressemble assez bien, quand elle est très-distendue, au globe utérin, surtout si elle se durcit par instants, comme nous l'avons observé dans un cas. Cette tumeur est formée par la vessie distendue par une grande quantité d'urine; on s'en assure en pratiquant le cathétérisme; mais il ne faut pas ajouter foi au récit de malades qui s'imaginent souvent que leur vessie est vide parce qu'elles ont pu rendre une petite quantité d'urine. On sera donc prévenu contre la possibilité de cette erreur.

Le palper abdominal rend encore un grand service dans les cas rares où il n'y a pas distension de la vessie ; il indique alors le déplacement de l'utérus, dont on ne peut trouver le fond au niveau ou au-dessus du détroit abdominal. (Salmon.)

Le toucher seul peut faire reconnaître, dans ces cas, quelle est l'espèce de déplacement qui occasionne les accidents. Le doigt rencontre à l'entrée du vagin une tumeur qui remplit la cavité du bassin : c'est la matrice, qui présente au doigt sa paroi postérieure. En parcourant cette surface, plus ou moins élargie suivant l'époque plus ou moins avancée de la grossesse, le doigt arrive sur le fond de la matrice, qu'il trouve dirigé vers la face antérieure du sacrum, et, dans quelques cas plus graves, vers la pointe du coccys; en se dirigeant en avant, il reconnaît le col tourné tout à fait en avant, vers le milieu de la face postérieure du pubis, et quelquefois même élevé au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Le déplacement peut être tel, en effet, que l'axe de l'organe soit presque complétement renversé, et que le doigt ne puisse atteindre l'orifice externe. Quelquefois cependant le col est très-accessible au toucher, et néanmoins le renversement est aussi considérable qu'il peut l'être. Cela tient alors à ce que le col utérin est fléchi sur le corps à la manière d'un bec de cornue. L'utérus offrait, avant de se renverser en arrière, une rétroflexion.

Lorsque la rétroversion existe, on trouve dans le vagin une tumeur arrondie plus ou moins considérable, suivant le volume de l'organe déplacé. Cette tumeur présente toujours plus d'évasement en arrière qu'en avant. La paroi postérieure du vagin est déprimée, tandis que l'antérieure est distendue et relevée. Le périnée est quelquefois saillant et la vulve gonflée; l'intestin rectum est affaissé et comme oblitéré par la tumeur; l'anus est souvent dilaté et déjeté en dehors.

Quelque répugnance que les femmes puissent éprouver quand on exécute le toucher rectal, il est indispensable de le pratiquer quand les signes obtenus par les moyens divers indiqués ci-dessus font non-seulement présumer, mais portent à affirmer qu'il y a rétroversion. Le toucher rectal seul peut permettre de parcourir la tumeur utérine dans une grande étendue, et dans cette direction le