

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 fœtus 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 reparaitre 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'urètre 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'urètre 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 layements; à prescrire un bain tous les deux ou trois jours, et des lotions et injections fréquentes. Aidés de la position horizontale, ces moyens suffirent pour faire cesser complètement 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. À 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 de-

grés différents; mais la concavité antérieure du sacrum fait que, lorsqu'il y a rétroversio, 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 rétroversio 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 rétroversio. 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 rétroversio à marche lente et une rétroversio subite.

Les causes de la rétroversio 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 rétroversio: pour quelques-uns, en effet, la rétention d'urine n'est qu'un symptôme, et non la cause de la rétroversio; 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 rétroversio à marche lente, et nous appuyons notre manière de voir sur ce qu'il suffit souvent de sonder les femmes régulièrement pour que la rétroversio disparaisse spontanément. On a encore noté comme cause de cette maladie pendant la grossesse une rétroversio qui aurait préexisté, le développement de tumeurs abdominales, des adhérences dues à une péritonite ancienne, etc.

Lorsque la rétroversio 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 garde-robe, 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 complètement 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 rétroversio 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 complètement 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 ténésme 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 complètement, 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 ténésme 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 coccyx; 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 complètement 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 corne. 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

doigt n'est pas empêché de pénétrer profondément en arrière. Il y a plus : tandis que le toucher vaginal apprécie le mieux la position du col au fond du long cul-de-sac situé derrière le pubis, c'est le toucher rectal qui juge d'une manière exacte des caractères de la tumeur formée par le fond de la matrice. (Salmon, page 71.)

M. Martin (de Lyon) a décrit une espèce particulière de rétroversion dans laquelle le museau de tanche sort par la vulve, et le fond de la matrice se trouve poussé du côté du sacrum : le col utérin, recourbé en forme de bec d'aiguière, se place au-dessous et un peu au devant du pubis, et le corps de l'organe, retenu dans l'excavation sacrée, se rapproche du périnée. Après une lecture attentive de son observation, je ne crois pas qu'on puisse, à l'exemple de M. Martin, la considérer comme un exemple nouveau de rétroversion. C'est tout simplement un prolapsus utérin qui existait avant la grossesse, et que celle-ci aura exagéré. Il y avait en même temps antéflexion du col, ce qui explique comment, poussé par l'abaissement du corps jusqu'au delà de la vulve, il pouvait former au-dessous et un peu au devant du pubis le bec d'aiguière dont parle M. Martin.

La rétroversion pourrait difficilement être confondue avec le simple prolapsus. Dans la rétroversion, en effet, la paroi vaginale est toujours placée entre le doigt et la tumeur, et le col est relevé derrière les pubis, tandis que le col est toujours le point le plus déclive, et la tumeur peut parfaitement être isolée du vagin dans le prolapsus : la réduction est toujours facile dans ce dernier cas ; elle est toujours difficile, quelquefois même impossible, dans le premier. D'ailleurs, les symptômes auxquels donne lieu la rétroversion sont beaucoup plus graves que ceux produits par le prolapsus.

Sans entrer dans aucun détail, nous signalerons une méprise possible entre la rétroversion utérine pendant la grossesse et une tumeur fibreuse intra-utérine, les tumeurs de l'excavation ou de la cavité abdominale. Le diagnostic différentiel entre la rétroversion pendant l'état de vacuité et la rétroversion pendant la grossesse, peut aussi offrir quelques difficultés : on pourra presque toujours surmonter les difficultés en appréciant avec exactitude le volume de la matrice, en interrogeant les malades sur l'époque du dernier écoulement menstruel. L'erreur serait plus facile dans les cas de grossesse extra-utérine développée dans le cul-de-sac utéro-rectal, ou d'hématocèle rétro-utérine ; mais ici l'utérus est refoulé en masse par la tumeur sans éprouver de mouvement de bascule, et l'on arrive assez souvent à sentir nettement son contour au-dessus du pubis.

Le pronostic de ces déplacements est en général très-grave : il varie, du reste, suivant l'époque de la grossesse à laquelle on les observe, le volume de l'utérus, l'altération plus ou moins grande des parties voisines, et la violence des accidents qui se manifestent. Toutes choses égales d'ailleurs, la rétroversion est en général beaucoup plus grave que l'antéversion. Dans la rétroversion, en effet, la rétention d'urine et la constipation deviennent bientôt des circonstances aggravantes de la maladie. La vessie ne peut se développer et s'élever dans la cavité du ventre qu'en portant le col utérin en avant et en haut. Son corps agit alors, par son volume et son poids, sur le corps de l'utérus, de manière à aug-

menter le déplacement. Les matières stercorales accumulées dans le rectum, au-dessus du point où cet intestin est affaissé par le fond de la matrice, agissent dans le même sens. Enfin, une fois le déplacement commencé, tous les efforts de la femme tendent à abaisser sans cesse le fond de l'utérus. Dans l'antéversion, au contraire, les causes que nous venons d'énumérer agissent dans un sens favorable. Ainsi, la vessie distendue tend sans cesse à refouler en arrière le corps de l'organe qui se porte en avant, et les matières accumulées dans le gros intestin, pressant de bas en haut sur la partie postérieure du col, concourent au même but.

La rétroversion subite est plus menaçante que la rétroversion à marche lente. Dans les deux cas, elle est d'autant plus grave, que la grossesse est plus avancée, et cela parce que les accidents de la maladie et les difficultés de la réduction augmentent avec le volume de l'utérus. En dehors de la cause fortuite ou lente qui s'est produite et de l'époque de la grossesse où elle survient, le plus ou moins de gravité de la rétroversion est, dit M. Salmon, en rapport avec l'importance qu'acquiert un phénomène principal de cette maladie, la rétention d'urine. Si elle est incomplète, les accidents deviennent manifestement pressants en sept ou huit jours ; si elle est incomplète, le déplacement peut persister quinze, vingt ou vingt-cinq jours sans produire d'accidents graves.

La terminaison habituelle de la rétroversion est la guérison ; d'autres fois, elle produit l'avortement. Enfin, dans quelques cas, la mort survient à la suite d'une inflammation du péritoine ; on peut craindre encore la rupture ou la gangrène de la vessie, la rupture de l'utérus ou la destruction partielle par gangrène.

Traitement. — Avant tout, il faut vider la vessie de l'urine qu'elle contient, car sa réplétion nuirait aux manœuvres de réduction. Il arrive d'ailleurs qu'après l'évacuation de l'urine, la réduction s'opère d'elle-même, sans aucune manœuvre. Plusieurs praticiens ont insisté avec raison sur les conséquences avantageuses du cathétérisme répété plusieurs fois par jour pendant plusieurs jours de suite. A elle seule, cette méthode de traitement a réussi un grand nombre de fois. Burns se crut ainsi autorisé à dire qu'en vidant la vessie trois ou quatre fois par jour, la rétroversion durera rarement plus d'une semaine. On pourra donc imiter cette pratique toutes les fois que les accidents ne seront pas pressants.

Après avoir vidé la vessie et le rectum, et combattu les accidents inflammatoires par les moyens appropriés, il faut réduire l'utérus dans sa position naturelle et l'y maintenir. La meilleure position à donner à la femme est celle où tous les muscles abdominaux sont dans le relâchement. On introduit alors deux doigts dans le vagin, on refoule en haut le corps, et l'on accroche le col avec l'indicateur pour le ramener en bas.

Cette réduction est opérée quelquefois d'un seul coup, mais on est souvent obligé de renouveler ces tentatives, en les séparant par quelques instants d'intervalle. Au moment où la matrice reprend sa place ordinaire, on entend parfois un bruit assez semblable à celui que produit la détente d'un ressort.

L'opération n'est pas toujours aussi facile. La difficulté du cathétérisme, l'impossibilité de vider le rectum, et surtout l'S iliaque du côlon, qui, souvent distendue par les fèces, constitue une tumeur volumineuse au-dessus de la

tumeur utérine; les efforts violents auxquels se livre la femme, le volume de la tumeur et les adhérences qu'elle peut avoir contractées avec les parties voisines, sont autant de circonstances qui embarrassent le praticien.

Il est assez rare qu'on ne puisse sonder la femme, avec de la patience et du temps; dans certains cas pourtant cela a été impossible. On conseille alors de mettre beaucoup de prudence dans les tentatives auxquelles on se livre, et si elles étaient infructueuses, on pourrait, par des pressions modérées exercées sur l'hypogastre, comprimer lentement la vessie, et faire, pour ainsi dire, uriner la malade par regorgement.

Le fond de la matrice rétroversé comprime tellement le rectum, que l'on ne peut quelquefois faire arriver aucune injection dans le gros intestin.

L'administration du lavement nécessite dans ces cas quelques précautions. Des matières dures peuvent être accumulées au-dessus du fond de l'utérus renversé, et l'on comprend que, celui-ci comprimant la partie supérieure du rectum, l'injection faite avec la canule ordinaire ne pourrait pas pénétrer assez haut pour entraîner les fèces accumulées dans le côlon descendant. Il faut alors se servir d'une longue sonde de gomme élastique que l'on fait pénétrer de 7 à 8 pouces. Cette simple précaution a souvent suffi pour débarrasser l'intestin de matières que n'avait pu entraîner un lavement ordinaire, et la réduction spontanée de l'utérus en a été la conséquence.

Même en se servant de la canule que nous venons de conseiller, les lavements n'ont quelquefois aucun résultat. Si l'on pouvait alors soupçonner par le palper et la percussion abdominale une accumulation considérable de matières fécales dans le côlon descendant, on devrait administrer des purgatifs par la bouche.

L'introduction nécessaire de la main dans le vagin est quelquefois tellement douloureuse pour la femme, que, malgré toutes les recommandations, elle se livre à de violents efforts d'expulsion qui neutralisent tous ceux de l'opérateur. Si les bains, les injections émollientes et narcotiques ne calmaient pas cette vive sensibilité, on pourrait, suivant le conseil de Dewees, avoir recours à la saignée poussée jusqu'à la syncope, et mieux encore, je crois, employer, avant l'opération, les aspirations de chloroforme.

Les adhérences qui parfois se sont établies entre l'utérus et les parties voisines sont sans doute une difficulté grave à ajouter à toutes celles que nous venons de mentionner, mais qui ne doivent pas cependant faire renoncer à tout espoir de réussite. Dans un cas cité par Amussat, ce chirurgien sentit distinctement, au fond du vagin et à gauche de la tumeur, des brides dans lesquelles le doigt s'accrochait, mais il acquiert la conviction que l'utérus était libre à droite. Il renouvela alors les tentatives, en agissant de manière à faire tourner l'utérus du côté opposé à celui où existaient les adhérences, c'est-à-dire de droite à gauche, et il parvint à remettre l'organe dans sa position naturelle.

Si, après avoir pris les précautions convenables, le premier procédé que nous avons indiqué ne réussissait pas, on devrait employer un des suivants. On a conseillé d'agir à la fois par le rectum et par le vagin. Le procédé le plus

simple est celui de M. Évrat, cité par M. Moreau. Il consiste à faire coucher la femme sur un des côtés, à prendre une baguette longue de 22 à 27 centimètres, garnie à son extrémité d'un tampon de linge enduit d'un corps gras, à l'introduire dans le rectum pour refouler, à travers la cloison recto-vaginale, le fond de l'utérus de bas en haut, tandis qu'avec deux doigts placés dans le vagin on accroche le col pour le porter en bas et en arrière. Les efforts à employer dans cette réduction sont très-variables: du reste, la crainte de provoquer l'avortement ne doit pas arrêter; car, dût-il être la conséquence de ces efforts, le danger serait moins grand que celui auquel le renversement expose la femme.

M. Alpin (*Arch. gén.*, septembre 1840, page 88), après avoir vidé la vessie et cherché inutilement à réduire l'utérus, conclut que le seul moyen de guérir la maladie était de se servir d'un instrument qui pût porter également sur toutes les parties de l'utérus. Il pensa qu'à l'aide d'une vessie il pourrait remplir le bassin, et élever ainsi jusque dans l'abdomen les organes qu'il contenait. Après l'avoir placée vide entre le fond de l'utérus et le rectum, il l'insuffla avec précaution, et réussit à repousser le fond de la matrice.

Attribuant surtout la difficulté de la réduction au poids des viscères qui pèsent sur la face antérieure de l'utérus. Hunter, Boyer et plusieurs autres ont conseillé de placer la malade dans une position telle que le poids des intestins porte sur la partie supérieure du ventre. M. Godefroy, admettant cette idée, adopta la position suivante: La malade appuie sa tête et ses mains sur le plancher; la partie antérieure des cuisses et des jambes, reposant sur le bord du lit, est soutenue par des aides. Le chirurgien agit alors, soit par le vagin, soit par le rectum, sur le fond de l'utérus pour opérer la réduction. Dans trois cas très-graves la réussite fut complète. (*Journal des conn. méd.-chirurg.*, août 1846.)

Cette position, très-fatigante et très-pénible, sera très-désagréable à la malade. J'aimerais mieux, dans ces cas difficiles, la placer tout simplement dans la position des quadrupèdes, c'est-à-dire à genoux sur son lit, et appuyée sur les coudes. J'ai pu deux fois réduire ainsi des rétroflexions qui avaient résisté à tous les autres moyens.

Dans un cas difficile, on pourrait avoir recours au procédé employé avec succès par Amussat. Il consiste, après avoir placé la femme comme pour l'opération de la taille, à introduire un ou deux doigts dans le rectum, et à repousser doucement le ballon utérin, en longeant la concavité du sacrum, directement en haut d'abord, puis de droite à gauche et de gauche à droite, pour relever toute la surface de l'utérus. Si le doigt ou les deux doigts introduits dans le rectum ne pouvaient atteindre assez haut, on introduirait le pouce dans le vagin pour soulever le périnée, afin de pénétrer à une plus grande hauteur. Enfin, pour arriver plus haut encore, il reste la ressource de se faire pousser le coude par un aide, ou de le soutenir soi-même avec la hanche ou le corps. Amussat a ainsi réussi deux fois à opérer une réduction qui avait été vainement tentée par plusieurs praticiens.

Que faire enfin dans le cas où toute réduction est impossible? Abandonner la malade aux ressources de la nature (Merriman), n'est-ce pas la vouer à une mort certaine, si les phénomènes inflammatoires ne déterminent pas l'avortement? Et puisque, dans la chance la plus heureuse, la fausse couche est inévitable, ne vaudrait-il pas mieux la provoquer que de laisser plus longtemps la femme exposée aux dangers qui la menacent? C'est aussi ce qu'ont pensé beaucoup de praticiens. Je n'hésiterai donc pas à rompre les membranes avec une sonde introduite à travers le col utérin. Mais quelquefois le col est tellement élevé, qu'il est complètement inaccessible; il faudrait en venir alors à la ponction de l'utérus. Cette opération a été pratiquée par le vagin et le rectum: le premier procédé me paraît préférable. C'est une ressource extrême, sans doute, mais toujours moins dangereuse que la symphyséotomie conseillée par Gardien et quelques autres accoucheurs.

Après la réduction, quand elle a été possible, la malade doit garder la position horizontale jusque vers le sixième mois de la grossesse, et éviter avec soin toute espèce d'effort pour uriner ou aller à la garde-robe. Ces précautions suffisent, et le plus souvent rendent inutile l'application d'un pessaire que Baude-locque considérait comme indispensable dans la plupart des cas.

L'incontinence d'urine, résultat de la compression qu'a soufferte le col de la vessie de la part du col de l'utérus, peut continuer encore quelque temps après la réduction. Si les moyens simples ne la faisaient pas disparaître, on pourrait avoir recours aux eaux thermales de Cauterets, de Barèges et de Balaruc; aux frictions avec la teinture de cantharides, aux vésicatoires sur le bas-ventre; enfin aux toniques et aux astringents administrés à l'intérieur.

§ III. — Antéversion.

L'antéversion est très-rare pendant les premiers mois de la grossesse, et c'est probablement pour cela qu'elle a été oubliée par la plupart des auteurs qui ont étudié les accidents de la gestation. Le mode de développement de l'utérus, la forme particulière des arcs antérieurs et postérieurs du bassin, la direction physiologique de l'organe, sont autant de circonstances qui, facilitant le renversement en arrière, rendent par cela même difficile l'antéversion. En outre, l'augmentation du renversement postérieur tendrait à replacer la matrice dans sa position naturelle, si une circonstance quelconque produisait un commencement d'antéversion.

Malgré ces conditions favorables, l'antéversion a pourtant été observée par Chopart à deux mois, par madame Boivin à trois mois, et enfin par Ashweel, dont nous analyserons l'observation inconnue en France. Je l'ai moi-même constatée deux fois à deux mois, chez des femmes affectées de vomissements incoercibles.

Madame M..., âgée de trente-trois ans, et habituellement très-constipée, fit, dans le premier mois de sa grossesse, une chute en montant un escalier très-roide. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, mais pourtant survint une syncope qui

dura près d'une heure. Pendant cinq à six semaines, pesanteur sur le pubis, miction fréquente et douloureuse, mais sans obstacle à la défécation. Je l'examinai pour la première fois à la fin du deuxième mois. Le col était dans sa position normale, mais le fond, fortement incliné, constituait une tumeur solide et arrondie, placée entre la vessie et la partie antérieure du vagin. Quand le doigt pressait sur l'angle d'inflexion, la malade souffrait. Le col était allongé, plus gros et plus dur qu'à l'ordinaire. Je cherchai à opérer la réduction en refoulant avec le doigt le fond de la matrice, pendant que l'index de la main droite attirait le col en bas et en avant, mais sans succès. Au sixième mois, le mari constata que l'antéflexion avait presque complètement disparu, et quoique cette dame éprouvât encore quelque douleur pendant le dernier mois de la grossesse, elle accoucha sans difficulté.

Quoique l'auteur ait décrit cette observation sous le titre d'antéflexion, il est évident qu'il y avait en même temps antéversion, comme tendent à le prouver la position normale du col et surtout la disparition spontanée du déplacement au quatrième mois. Je ne vois aucune raison, en effet, pour qu'une antéflexion disparaisse subitement à cette époque de la grossesse.

L'antéversion est donc possible dans les premiers mois, mais il faut avouer qu'elle se rencontre plus spécialement dans la seconde moitié, et surtout vers la fin de la grossesse. Alors, en effet, le fond de la matrice, naturellement porté en avant, n'est plus retenu que par les parois abdominales; pour peu que celles-ci n'offrent pas une grande résistance, comme cela arrive si souvent chez les femmes qui déjà ont eu plusieurs enfants, cette inclinaison physiologique tend à s'exagérer. L'axe de l'utérus peut se rapprocher de l'horizon, quelquefois même aller au-dessous, et son fond tomber sur les cuisses et les genoux (ventre en besace). Le col, porté très-fortement en haut et en arrière, est situé quelquefois au-dessus de l'angle sacro-vertébral, et le doigt a la plus grande difficulté à l'atteindre; parfois même l'impossibilité d'y arriver a fait croire à une imperforation.

Indépendamment des signes fournis par le toucher et l'examen du ventre, l'antéversion détermine, aux diverses époques de la grossesse, quelques troubles fonctionnels dont il ne faut pas méconnaître la cause, quand on est appelé à y remédier. Dans les premiers mois, la sensation d'un poids assez lourd sur le pubis, l'émission fréquente et quelquefois douloureuse des urines et des matières fécales, sont à peu près les seuls signes rationnels. Dans les derniers mois, le poids de la masse utérine, fortement portée en avant, détermine des douleurs, des tiraillements dans les cuisses et dans les aines; la distension excessive subie par la peau de l'abdomen produit aussi des douleurs assez vives; la pression à laquelle la vessie est soumise est la cause d'un ténésme vésical avec dysurie ou strangurie; enfin, dans les cas les plus prononcés, la marche est rendue difficile et souvent impossible.

Le pronostic est en général peu grave. Quand, en effet, l'antéversion est survenue dans les premiers mois, le développement de l'utérus a suffi pour y remédier; lorsqu'elle s'est produite dans la deuxième moitié de la grossesse,

situation de l'utérus peut bien devenir la cause d'un accouchement prématuré, mais en général elle donne lieu seulement aux incommodités dont nous avons parlé plus haut, et ne détermine des accidents un peu sérieux que pendant le travail de l'accouchement (voy. *Dystocie*).

Dans les premiers mois, la réduction peut être tentée, mais elle a toujours échoué jusqu'à présent; en insistant par trop, on aurait à craindre l'avortement. Le mieux est donc, pour peu qu'on rencontre des résistances, de confier la réduction aux progrès ultérieurs de la grossesse. Si la gêne et la pesanteur étaient trop fatigantes, le décubitus horizontal pourrait les diminuer.

A une époque plus avancée, un bandage de corps, une espèce de corset ou ceinture abdominale, bien appropriés à la forme et au volume du ventre, soulageraient beaucoup les malades. Dans le cas où le ventre est en besace, la ceinture abdominale pourrait être maintenue par des bretelles.

§ IV. — Obliquités latérales.

Nous avons déjà parlé, en faisant l'histoire des phénomènes physiologiques de la grossesse, des obliquités utérines, et nous avons indiqué quelles étaient les causes probables de ces obliquités. Elles sont rarement portées très-loin, et ne deviennent jamais la cause d'accidents sérieux. Ce n'est guère qu'en facilitant la production d'une présentation vicieuse de l'enfant et en retardant la dilatation du col, qu'elles peuvent avoir sur le travail une influence fâcheuse, et ce n'est pas le moment d'en parler.

CHAPITRE III

DES MALADIES DE L'ŒUF

ARTICLE PREMIER

HYDROPSIES

§ I. — Hydropisie de l'amnios.

Le liquide amniotique peut s'élever quelquefois à une quantité très-considérable. Mais comme sa quantité normale est très-variable, il est difficile de dire au delà de quelles limites elle doit être réputée maladie. Cependant, quand elle dépasse 1 kilogramme ou 1 kilogramme et demi, son accumulation peut être regardée comme due à un état morbide.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de préciser la cause de cette singulière affection. Quelques faits semblent militer en faveur de l'opinion de ceux qui pensent qu'elle résulte d'une inflammation de la membrane amnios

mais cette opinion demande de nouveaux faits pour être admise sans hésitation; car si le docteur Mercier dit avoir vu plusieurs fois la face interne de l'amnios recouverte par de fausses membranes, et cette membrane elle-même fortement injectée, d'autres observateurs n'ont constaté rien de semblable (*Journal général de médecine*, tome XIV). Il résulterait des faits cités par les docteurs Merriman et Lee, que cette hydropisie de l'amnios est souvent liée à un état morbide, à une mauvaise conformation du fœtus, ou à un état d'infiltration générale de la mère. Quelques observations porteraient à penser que la syphilis constitutionnelle est une prédisposition à cette maladie. Dans quelques cas, elle a paru due à la pléthore sanguine; mais comme on la voit survenir chez les femmes de toute constitution, de tout âge et de toute condition, il est impossible de donner rien de fixe à cet égard. Elle est beaucoup plus fréquente dans les grossesses géme-laires. Il est rare qu'elle survienne avant le cinquième mois.

Dans quelques cas, elle a été précédée de tous les signes d'une inflammation violente; mais le plus souvent elle ne s'annonce que par une douleur sourde dans l'utérus, un sentiment de pesanteur dans le bassin, et un accroissement rapide de l'organe. L'utérus acquiert en peu de temps un volume considérable, et présente parfois au cinquième ou sixième mois plus de distension qu'au terme ordinaire de la grossesse. Du reste, ce développement est en proportion de la quantité du liquide. Celui-ci s'élève souvent à 5 ou 6 pintes. Baudelocque cite un cas dans lequel l'utérus en laissa échapper 13 pintes, un autre 32 pintes. Quelques auteurs l'ont même vu s'élever à 40 et 50 pintes. Ce liquide est, du reste, tout à fait semblable à l'eau de l'amnios.

Il est rare que l'utérus acquière un volume très-considérable sans qu'il exerce sur les fonctions des organes thoraciques la gêne que nous avons décrite en étudiant l'ascite. Quelques faits prouvent que cette gêne a pu être assez considérable pour produire l'asphyxie. Dans un cas rapporté par M. Duclos, la distension de l'utérus était telle, que le volume de l'organe, quoique la grossesse ne fût arrivée qu'au septième mois, distendait outre mesure l'abdomen, refoulait le diaphragme, et gênait tellement la circulation et la respiration, que la vie de la femme parut sérieusement compromise. Les médecins appelés en consultation décidèrent qu'on devait provoquer les contractions aussitôt que le col de l'utérus offrirait quelque tendance à la dilatation. La suffocation devenant imminente, M. Duclos rompit les membranes et laissa écouler d'abord une certaine quantité de liquide; puis, maintenant les doigts dans le col, il s'opposa à l'évacuation complète. Quatre fois, et à quinze minutes d'intervalle, il laissa s'écouler une nouvelle quantité pendant qu'on exerçait une légère pression sur le ventre. De cette manière, il en retira 7 kilogrammes, sans compter celui qu'on ne put recueillir. Les accidents cessèrent immédiatement. L'utérus ne paraissant capable d'aucun effort et le col n'offrant aucune résistance, on le dilata facilement, et l'on amena par le forceps un enfant vivant, mais petit et faible, et dont les membres étaient très-grêles. La femme se rétablit.

M. Évrat aîné (de Lyon) a publié plusieurs observations dans lesquelles l'asphyxie était presque complète (teinte cyanosée du visage, respiration nulle,