

lement à ce nouvel effort combiné avec celui des doigts portés dans le vagin et agissant simultanément sur le col. Si les doigts n'avaient pas assez de prise, on devrait, comme l'ont fait MM. *Bellanger* et *l'Allemand*, faire pénétrer dans la vessie une forte algalie aplatie à son extrémité vésicale, dont on se servirait comme d'un levier en déprimant le museau de tanche à travers les parois de la vessie avec la concavité de l'instrument, en même temps que les doigts placés dans le rectum redresseraient le fond de l'utérus. Souvent dans des cas où les autres tentatives avaient été infructueuses on est parvenu à faire cesser l'enclavement par les deux mouvements de bascules exécutés comme nous venons de le dire. Nous devons ajouter que le plus ordinairement les premières manœuvres, surtout dans le cas d'antéversion, suffisent pour ramener l'organe gestateur à sa rectitude naturelle.

Lorsque la réduction sera opérée et quand l'organe gestateur se trouvera à l'état de vacuité, il suffira dans les cas les plus simples pour s'opposer au renouvellement du déplacement et rendre aux parties voisines leur tonicité nécessaire, il suffira disons-nous, de faire garder pendant quelques mois la situation horizontale, secondée ensuite par les bains froids de rivière ou de mer, l'emploi des douches ascendantes faites avec des décoctions toniques et surtout avec les eaux sulfureuses de Barèges. Si la

ANTÉVERSION ET RÉTROVERSION DE LA MATRICE. 289
maladie était ancienne et se trouvait parvenue à un certain degré de développement, tous ces moyens ne seraient pas suffisants, et on devrait avoir recours à l'emploi des pessaires, principalement à ceux en bilboquet qui, recevant le museau de tanche dans leur cuvette, le fixent dans le centre de la cavité pelvienne, et forcent le fond de l'utérus à rester redressé. Les pessaires en bilboquets lorsqu'ils sont bien fixés par leur tige au moyen d'une ceinture et des courroies, ont l'avantage de se déplacer plus difficilement et de s'opposer au renversement de la matrice beaucoup mieux que les autres pessaires, qui, pour la plupart, repoussent et tiennent cet organe élevé en totalité, mais ne le maintiennent pas aussi bien dans sa rectitude naturelle.

Au lieu d'un pessaire placé dans le vagin, *Aspasie* (*Ætius loco citato*) procédait au traitement de la rétroversion de la manière suivante : (*at vero aversionem versus anum; ita curabimus*). Elle recommandait à la matrone (*obstetrix*) d'introduire un doigt dans l'anus et de pousser l'utérus en avant. Elle faisait ensuite placer à demeure dans le rectum une grosse bougie, (*Glandem*), de quatre pouces de longueur et à l'extrémité de laquelle il fallait attacher un fil afin de la retirer plus facilement. Elle prescrivait alors des injections huileuses par l'anus et le vagin. Pour remplir l'indication que se proposait *Aspasie*, c'est-à-dire pour maintenir l'utérus

redressé, on a employé des éponges simples ou supportées par des tiges droites ou courbes, placées dans le rectum ou dans le vagin, et d'autres moyens le plus souvent inutilement mis en usage: le professeur *Désormeaux*, pour parvenir mieux et plus simplement au même but, a proposé de porter dans le canal vulvo-utérin, un pessaire de gomme élastique en anneau et de le placer de champ derrière le col de la matrice; mais ce moyen a été employé sans avantage par plusieurs praticiens, entr'autres par *M. Nauche*. Le pessaire moulé sur le vagin, que *M. Cloquet* appelle élytroïde, ou le pessaire cylindrique de *M. Rognetta*, qui seraient l'un et l'autre terminés par une cuvette ne présentant qu'un bord taillé en biseau, dans le genre de celui dont nous donnons un dessin à la fin de cet ouvrage, nous paraît encore plus capable que tous les autres de maintenir l'utérus ramené à sa rectitude naturelle. Si le déplacement était une antéversion, le côté saillant de la cuvette devrait être placé entre le sacrum et le col utérin, et au contraire il serait fixé entre le col et la face postérieure des pubis, si l'on voulait remédier à une rétroversion. L'absence, d'un côté, de la paroi et du bord de la cuvette permettrait que l'utérus, fût refoulé dans le sens opposé à la déviation, d'une manière plus complète que si on avait recours même aux pessaires à cuvettes ordinaires dont le rebord non interrompu ne permettrait pas un redressement aussi parfait.

Si la déviation utérine était une antéversion ayant eu lieu à la suite d'une inflammation et d'un engorgement de la matrice, on devrait être réservé dans l'emploi des pessaires, parce que leur présence dans le vagin et leur contact immédiat sur l'organe enflammé, augmenteraient l'irritation et par conséquent la cause essentielle du déplacement. Il faudrait dans ce cas avoir recours à l'emploi des antiphlogistiques, aux petites saignées dérivatives, aux émoullients administrés sous la forme de bains, de boissons, de lavements, de cataplasmes, de fomentations; ces moyens continués pendant quelques semaines et joints à l'emploi des narcotiques et au décubitus dorsal sur un lit disposé de telle sorte que le bassin soit un peu plus élevé que le tronc, ces moyens, disons-nous, ont souvent suffi pour obtenir une guérison complète. Le redressement à l'aide d'un pessaire devra au contraire être toujours employé lorsque la sensibilité de l'organe ne sera pas très vive. Souvent dans ce cas l'irritation mécanique produite par la présence d'un de ces instruments a suffi pour faire disparaître la métrite chronique qui était ou la cause, ou l'effet de la déviation. *Levet* pense que l'usage des pessaires devient le plus souvent un moyen de cure de l'antéversion, mais qu'il faut porter ces instruments de 40 à 45 mois; il ajoute que l'écoulement leucorrhéique qui est d'abord provoqué diminue bientôt et cesse tout-à-fait, ce qui est un signe

de guérison. *Désormeaux*, qui partageait les idées de *Levret* à cet égard, était d'avis que l'on pouvait se dispenser de faire usage des pessaires aussi longtemps, et que l'inflammation vaginale résultant de leur emploi, déterminait une sécrétion qui favorisait le dégorgeement de l'utérus, en agissant d'une manière dérivative. Ce qu'il y a de certain, c'est que si dans quelques cas l'usage des pessaires ne procure pas une cure parfaite, ils ont presque toujours l'avantage de procurer un grand soulagement, dans les déviations utérines qui nous occupent.

Lorsque le déplacement est une rétroversion qui s'est prolongée jusqu'au troisième ou au quatrième mois de la grossesse, la matrice se trouve quelquefois si étroitement enclavée entre le pubis et le sacrum, que la réduction est impossible et que la femme est exposée à une mort certaine si l'on ne vient à son secours. Dans cette affreuse position où la mère et l'enfant sont voués à une mort inévitable, il reste un moyen extrême proposé d'abord par *Lyne* (1), et conseillé par *Hunter*. Cette dernière planche de salut, qui peut permettre ensuite le redressement de l'utérus, consiste à plonger dans le corps de ce viscère pour en diminuer le volume, un trois quarts à travers les parois du vagin, de manière à faire écouler les eaux qui relativement à la gros-

(1) Medical observations and inquiries. Tom. IV.

seur du fœtus sont alors très abondantes. Cette opération pratiquée par M. *Jourel* de Rouen, et *Viricel* de Lyon, et plus récemment par M. *Baynham*, dans des circonstances qui semblaient ne laisser aucun espoir de sauver les femmes, a calmé les accidents, déterminé l'avortement, et conservé la vie des malades.

Lorsqu'on aura reconnu la nécessité de recourir à ce moyen extrême qui offre cependant assez de chances heureuses, on devra y procéder de la manière suivante : La femme étant placée convenablement et soutenue par des aides, l'opérateur cherchera d'abord à voir si c'est du côté du vagin ou du rectum que la matrice est le plus tendue ; puis, avant de plonger un trois-quarts dans le corps de cet organe, il devra faire tous ses efforts pour arriver dans la cavité utérine à travers l'ouverture du museau de tanche, de manière à chercher à perforer les membranes de l'œuf, comme *White*, *Hamilton*, *Dewees*, *Jourel* l'ont tenté sans succès. Pour faciliter cette perforation, on pourra se servir, d'après le conseil de M. *Dugès*, d'une sonde d'homme conique et courbée, de façon à pénétrer dans l'orifice de l'utérus, ou d'une sonde creuse de gomme élastique, dont la flexibilité facilitera l'introduction, parce qu'elle s'adaptera à toutes les courbures et les détours que pourra présenter la situation anormale des parties. Lorsque la sonde aura pu pénétrer dans la matrice,

on introduira dans la cavité de l'instrument, un mandrin flexible, qui, par ce moyen, sera conduit facilement dans l'organe, et qui, par la petite saillie triangulaire que fera la pointe au-delà du bec de la sonde, ira ouvrir les membranes placentaires. Si le chirurgien ne pouvait arriver à ce résultat, on ferait, au moyen d'un trois-quarts, la ponction par le vagin, sur une des faces du col ou du corps de l'utérus; parce que l'opération pratiquée par cette voie est moins dangereuse et plus facile que par le rectum; car cette dernière méthode entraîne nécessairement la perforation du péritoine. Cependant la ponction utérine par le rectum a réussi à M. *Baynhan*, dans un cas où il avait en vain introduit la main entière dans cet organe pour refouler la matrice. La femme opérée par cet habile praticien était au sixième mois de la grossesse, et la rétroversion utérine remontait à plus de cinq semaines. La ponction ayant diminué le volume de l'utérus, la réduction put être opérée facilement, et l'avortement eut lieu peu de temps après. Le fœtus, dont l'abdomen avait été blessé, présentait la taille ordinaire au sixième mois; six semaines après l'accouchement, la femme était parfaitement rétablie. Le baron *Boyer* (Mal. chir., tom. x, pag. 531) cite un autre cas de succès obtenu par la même méthode, et mentionné dans le Recueil des thèses de la faculté de Paris.

Pour pratiquer la ponction par le rectum, le trois-

quarts ordinaire est trop court; il doit être remplacé par celui de *Fleurant*, destiné à la ponction de la vessie par l'anus, et dont la tige courbée présente un pouce de plus que celle des autres, ce qui facilite de beaucoup l'opération. Quel que soit, du reste, le procédé que l'on adopte, il faudra enfoncer l'instrument perforateur assez profondément, et avoir un long stylet boutonné pour dégager l'ouverture supérieure de la canule si elle venait à être obturée, de manière à arrêter l'écoulement des eaux de l'amnios. Lorsque l'opération sera terminée, on s'empressera de réduire la matrice, et on donnera à la femme tous les soins consécutifs que réclame l'avortement provoqué, qui est à peu près une suite inévitable de la ponction de l'utérus.

Pour faire cesser l'enclavement de l'organe gestateur et sauver l'enfant tout en exposant moins la mère, plusieurs praticiens, entre autres *Purcell*, *Gardien*, *Baumgarten*, *Jahn*, ont proposé de substituer à la ponction la section de la symphise pubienne: ce moyen, qui n'a pas encore été mis en pratique pour remédier à une déviation utérine, ne paraît pas avoir, abstraction faite de ses dangers et de ses inconvénients, les avantages qu'on lui a supposés; car le petit écartement transversal qui en résulte n'augmente que de très peu le diamètre sacro-pubien, dans le sens duquel la matrice est engagée. Nous pensons qu'ayant la ressource de la ponction de la

matrice et celle de la vessie, on ne doit pas également avoir recours à l'incision qu'on a proposé de pratiquer à la région hypogastrique, pour donner la facilité de porter la main dans la cavité pelvienne afin de relever l'utérus enclavé. Ce moyen, qui est cependant moins cruel que l'opération césarienne, nous semble également fort douteux dans ses résultats; car, à l'autopsie d'une femme qui avait succombé aux suites d'une rétroversion, *Hunter* rapporte qu'il ne put dégager la matrice qu'après avoir scié le bassin en deux parties.

Avant de terminer ce que nous avons à dire sur les déviations utérines, nous ajouterons que lorsque, par un des moyens indiqués, on sera parvenu à opérer la réduction, on devra recommander à la femme de rendre les urines au premier besoin, et on aura le soin de combattre la constipation, principalement avec le secours des suppositoires de beurre de cacao.

Les inflammations consécutives seront combattues par les bains, les saignées, et les autres anti-phlogistiques que nous avons déjà indiqués, et on aura recours aux mêmes moyens s'il survenait une rétention d'urine dépendant d'une phlogose déterminée par la compression, que le col de la matrice a exercée pendant quelque temps sur l'orifice de la vessie. Si la rétention du fluide cystique avait pour cause un état d'inertie produit par la distention prolongée des

parois de ce viscère, on chercherait à ranimer leur action par des injections aromatiques et astringentes, surtout par des injections sulfureuses des eaux de Barège. L'indication serait la même si l'ischurie ou la dysurie dépendaient de la paralysie du sphincter de la vessie, qui succède quelquefois à la compression que le museau de tanche a exercée sur l'orifice de cet organe pendant la rétroversion.

DE L'ANTÉFLEXION ET DE LA RÉTROFLEXION OU DES INCURVATIONS DE LA MATRICE.

Quoique nous eussions pu tout aussi bien classer l'antéflexion et la rétroflexion parmi les lésions *de forme* que parmi les lésions de *situation*, nous avons cru devoir les ranger dans cette dernière section, afin d'en faciliter l'étude en les rapprochant de l'antéversion et de la rétroversion dont elles diffèrent très peu sous le rapport du traitement, et des signes généraux qui leur sont propres.

Si les *incurvations* ou flexion de l'organe gestateur n'ont jusqu'à présent que très peu fixé l'attention du praticien et des auteurs, c'est moins parce qu'elles se sont rarement présentées à l'observation que par la raison qu'elles ont été le plus souvent confondues avec d'autres affections utérines.

Quoique *Levet*, vers le milieu du siècle dernier, et *Baudelocque*, quelques années plus tard, eussent

déjà observé que, dans certain déplacement de la matrice, le col s'inclinait du même côté que le fond, et que, dans ce cas, le corps de l'organe se trouvait recourbé à la manière d'une cornue; c'est à *Denman* (1) qu'on doit attribuer le premier exemple précis d'une flexion utérine, qui, à la vérité, fut publié sans aucun détail circonstancié. Néanmoins, l'observation mentionnée par ce dernier auteur et les remarques faites antérieurement par *Levret* et *Baudelocque*, étaient à peu près restées dans l'oubli, lorsqu'un nouveau fait, communiqué par Madame *Boivin* au docteur *Ameline*, et inséré dans la thèse de ce jeune médecin (2), fixa l'attention sur les incurvations utérines, qui, depuis cette époque, ont été plusieurs fois constatées et rationnellement traitées par plusieurs praticiens, entre autres *Désormeaux* et MM. *Dugès* et *Deneux*.

Lorsque la flexion de l'utérus est une antéflexion, le col conserve sa position naturelle, mais le corps de l'organe est incliné en avant et se trouve engagé derrière la symphise pubienne. Dans la rétroflexion, le viscère est disposé en sens inverse, c'est-à-dire que le fond est tourné en arrière et s'engage dans la courbure du sacrum, quoique le col conserve, ainsi que dans le premier cas, sa direction naturelle.

L'incurvation de la matrice ne présente pas toujours les dispositions que nous venons de signaler ;

(1) Introduction to midwifery, 1801.

(2) Dissert. inaug. Paris 1827. N° 55.

ainsi l'on trouve dans quelques cas le corps et le col de l'organe, infléchis du même côté, ou bien cette dernière partie est seule déviée tandis que le fond conserve sa rectitude ordinaire. Comme ce genre de flexions de l'utérus sur lequel a surtout insisté *Boer*, est une lésion qui coïncide presque toujours avec l'état de grossesse, nous nous contentons de l'indiquer pour nous étendre avec beaucoup de détails sur les flexions qui doivent plus spécialement nous intéresser, c'est-à-dire celles qui ont lieu pendant la vacuité de l'organe gestateur.

Selon M. *Dugès*, la flexion de l'utérus peut être congéniale, du moins cet habile praticien dit l'avoir observée (1) chez des filles qui n'étaient pas encore parvenues à l'âge de la puberté. Les cas de ce genre doivent être très rares; aussi nous pensons, avec M. *Dugès* et madame *Boivin*, que la rapidité avec laquelle la matrice se développe vers l'âge de douze ans explique mieux comment dans d'autres cas un développement plus complet d'un côté que de l'autre a pu amener une incurvation en quelque sorte organique. La réduction plus rapide et la condensation plus parfaite dans une des parois de la matrice, après l'accouchement, le ramollissement, ou la rétraction d'un seul côté de ce viscère à la suite d'une cicatrice interne ou d'une in-

(1) Traité des malad. de l'utérus. Tom. I, pag. 196.

flammation, les dégénérescences fibreuses, les adhérences d'une des parois avec les annexes utérines, l'obstruction de la cavité du col, et selon *Denman*, la rétention d'urine survenue à l'époque de la délivrance, peuvent être des causes essentielles d'une flexion de l'utérus, surtout de la rétroflexion. Nous croyons cependant, comme l'habile professeur de l'école de Montpellier, que cette dernière circonstance ne peut donner lieu à une flexion utérine qu'autant qu'il s'y joint une des positions spéciales que nous venons de signaler.

L'incurvation qui a lieu ordinairement vers le point où la base du col s'unit au corps de la matrice présente une courbure variable de telle sorte que l'organe qui est quelquefois comme plié en deux peut former un angle plus ou moins obtus. La courbure offre toujours une certaine rigidité, et dans quelques cas rares, surtout peu de temps après l'accouchement, le corps de la matrice est mobile sur le col, ainsi que *Denman* l'a signalé dans l'observation de rétroflexion qu'il a publiée.

Les signes généraux de l'antéflexion et de la rétroflexion sont à peu près les mêmes que ceux de l'antéversion et de la rétroversion; ainsi la malade éprouve des douleurs dans les régions lombaires et hypogastriques, de la gêne dans l'expulsion de l'urine et les matières fécales et tous les accidents consécutifs et sympathiques qui sont propres aux autres

déviation utérines, tels que la leucorrhée, l'aménorrhée, la dysménorée, les symptômes hystériques et spasmodiques, les tiraillements dans le bassin, les aines, les lombes, les cuisses, les fréquentes envies d'uriner, enfin un sentiment de pression pénible sur la vessie et le rectum, etc.

Quoiqu'il soit très difficile de bien établir la différence qui existe entre les incurvations de l'utérus et l'antéversion et la rétroversion de cet organe, cependant on peut éviter de confondre ces différentes lésions, par l'exploration attentive des parties.

Avant de procéder à toute espèce d'examen, il est indispensable de faire vider la vessie et de débarrasser le rectum des matières qu'il pourrait contenir. Le chirurgien devra ensuite pratiquer le toucher vaginal, la femme étant debout, puis couchée, comme pour l'application du speculum; le doigt indicateur de la main droite sera porté dans le vagin en même temps que la main gauche appliquée sur l'hypogastre rendra plus accessible au doigt le col et le corps de l'organe gestateur, et cherchera par des pressions modérées si le fond de la matrice est dans sa rectitude normale pendant que le col est incurvé, ou si celui-ci conserve sa direction naturelle, tandis que le corps du viscère est seul dévié. Ce dernier genre de flexion utérine est beaucoup plus fréquent que le premier qui est lui-même moins rare que la double flexion du col et du fond de l'organe dans la même direction.