

Afin de juger d'une manière méthodique la grandeur de la courbe formée par la matrice, on devra en continuant de fixer ce viscère dans le bassin avec la main gauche appliquée sur les parois abdominales, on devra, disons-nous, suivre avec le bout du doigt introduit dans le vagin l'arc décrit par la flexion utérine, en ayant le soin d'exécuter cette manœuvre sur le côté gauche de la courbure, si l'on pratique le toucher de la main droite, et dans le sens opposé, si l'on s'est servi de l'autre main.

Pour compléter autant que possible le diagnostic, et surtout afin de s'assurer si l'utérus n'a pas contracté des adhérences qui rendraient la guérison impossible, on cherchera à le faire mouvoir en différents sens, et s'il reste encore quelque obscurité à cet égard ou sur tout autre point, on aura recours au toucher par le rectum soit à la manière ordinaire, soit, ainsi que le conseille M. Dugès, en introduisant l'index dans l'intestin pendant que le pouce de la même main sera placé dans le vagin, de manière à loger la matrice entre lui et l'autre doigt explorateur, et à former ainsi une sorte de compas *intelligent* très-propre à apprécier la courbure, l'étendue et la position de l'organe. Cette manœuvre est en général assez facile sur les femmes maigres qui ont usé du coït et même chez les filles lymphatiques dont les parois vaginales sont relâchées par une leucorrhée habituelle.

Si la stérilité peut dépendre d'une incurvation uté-

rine, la grossesse peut, selon M. Dugès, amener une guérison momentanée et définitive, parce que la distension forcée de l'étranglement qui sépare le col du corps de l'utérus, le redressera dans certains cas, si pendant les premiers mois de la gestation on a le soin de maintenir le plus possible l'organe gestateur dans sa rectitude normale, et si surtout on prévient les accidents qui sont des causes occasionnelles des déviations utérines. Pour éviter la récurrence, on devra, aussitôt après la délivrance, hâter la contraction de l'utérus replacé dans sa situation normale, au moyen de frictions sur l'hypogastre, et faire en sorte que l'urine ne s'accumule pas dans la vessie et les excréments dans le rectum. On préviendra également les rechutes au moyen du décubitus dorsal si l'on a affaire à une antéversion, de même qu'on conseillera la situation sur le côté en se rapprochant le plus possible de la pronation, si l'incurvation est une rétroflexion; quelle que soit du reste la nature de la flexion utérine, la femme devra être placée dans son lit de manière à ce que le bassin soit plus élevé que les épaules.

Le traitement des flexions de l'utérus diffère peu de celui de la rétroversion et de l'antéversion; car l'on combat les accidents qu'elles déterminent par des mêmes moyens généraux. Ainsi, quand il existe les symptômes de congestion, de pléthore, de phlogose, on a d'abord recours aux bains, aux saignées et à

d'autres antiphlogistiques selon l'indication, puis après avoir opéré la réduction mécanique avec les doigts, l'on maintient ensuite l'utérus redressé, soit comme l'a fait M. *Deneux* en poussant une éponge dans le sens opposé de la flexion entre le col de cet organe et les parois du vagin, soit en glissant entre ces parties un pessaire en anneau de gomme élastique ou d'ivoire, qui serait placé simplement de champ ou comme le conseille *Désormeaux*, de manière que la partie supérieure du bord de l'instrument soutiendrait le fond de la matrice relevée, tandis que son ouverture présenterait une concavité suffisante pour recevoir l'extrémité recourbée du col utérin. On pourrait également, comme l'indique M. *Nauche*, employer un pessaire en bondon disposé de manière qu'un de ses côtés remonte plus haut dans le sens de la flexion. L'application d'un pessaire cylindrique, comme nous l'avons modifié pour remédier à l'antéversion et la rétroversion, remplirait encore mieux cette indication; mais malheureusement les incurvations anciennes sont le plus souvent très-difficiles à guérir avec le seul secours des moyens mécaniques.

On pourra encore combattre avec avantage les accidents déterminés par les inflexions utérines, et augmenter ainsi l'efficacité des autres moyens que nous venons de signaler, en y joignant l'emploi des stimulants, des dérivatifs et des fortifiants, tels que les douches faites avec les eaux sulfureuses de Barèges, et

dirigées dans le vagin et le rectum, les frictions, les vésicatoires, les cautères, les moxas appliqués dans la rétroflexion aux aines et vers le pubis, et dans l'antéflexion sur le sacrum et les parties voisines des cordons utéro-sacrés.

Nous terminons ce que nous avons à dire sur les incurvations utérines, en ajoutant que madame *Boivin* et M. *Dugès* sont les seuls auteurs qui aient donné des observations détaillées de l'antéflexion et de la rétroflexion, soit chez les vierges, soit chez les femmes, à toutes les époques de la grossesse, après la parturition et à la suite de l'avortement. Si déjà nous n'avions pas été entraînés trop loin, nous aurions rapporté ici les faits intéressants qui sont consignés dans l'excellent ouvrage des deux habiles praticiens que nous venons de citer.

DE L'INCLINAISON ET DE L'OBLIQUITÉ DE LA MATRICE.

Puisque l'organe gestateur conserve rarement sa position verticale dans l'état de vacuité, on conçoit encore plus facilement que son axe puisse dévier à chaque instant, lorsque la grossesse est assez avancée pour que le corps du viscère s'élève au-dessus du détroit supérieur. Quand l'inclinaison est légère, il n'en résulte aucun inconvénient; mais si le fond de l'utérus cesse d'être mobile et reste constamment penché d'un côté ou de l'autre,