

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,

l'obliquité utérine constitue une véritable maladie qui peut donner lieu à des accidents fâcheux.

Les écrits du père de la médecine contiennent plusieurs passages qui prouvent que les inclinaisons de la matrice avaient également fixé son attention. En effet l'inclinaison latérale ou latéro-version nous semble clairement indiquée lorsqu'il dit, dans son livre intitulé, *Περὶ γυναικείης φύσεως* (de naturâ mulier.): *Si l'utérus se porte vers la région iliaque, le ventre et les flancs sont douloureux, et si l'on touche, le doigt rencontre le col de la matrice incliné vers l'une des régions iliaques.* Aétius (1) parle également de l'inclinaison de la matrice, et en exposant la doctrine d'Aspasie sur ce sujet, il ajoute que cette déviation peut apporter des obstacles à l'accouchement, *potest et difficultas pariendi contingere, ob cervicis uteri obliquitatem.* Cependant l'obliquité de la matrice ne commença à fixer l'attention des praticiens que lorsque *Henri Deventer* (2), célèbre accoucheur de Groningue eut prouvé que cette affection était une des premières causes des accouchements difficiles et eut indiqué la manœuvre que demandent les cas de ce genre.

Lorsque l'inclinaison s'est opérée en avant ou

(1) Tetrab. IV, Serm. IV. cap. 77.

(2) *Novum lumen obstetricantium*, 1701, et *ulterius: examen partuum. difficil.* 1725.

en arrière, elle n'est autre chose que le premier degré de l'antéversion et de la rétroversion; quand elle a lieu sur les côtés, elle prend le nom de *latéro-version*, et alors le col de l'utérus, qui est plus élevé que dans l'état normal, incline son orifice vers l'une des parois latérales du vagin, et les malades éprouvent à divers degrés les accidents qui résultent de l'antéversion.

Les inclinaisons qui ont lieu pendant la grossesse ont reçu de *Deventer* et ont conservé depuis lui, le nom d'*obliquité* de la matrice. Comme elles ne peuvent avoir lieu que sur les côtés et en avant, on les distingue en obliquité latérale droite, latérale gauche et antérieure; l'obliquité postérieure, quoi qu'en ait dit *Levet*, ne peut s'effectuer, parce que, à moins d'un vice de conformation de la colonne rachidienne, l'angle sacro-vertébral doit nécessairement s'y opposer.

Les obliquités se reconnaissent à la saillie et à la résistance du fond de l'utérus contre les parois abdominales; dans celle qui a lieu en avant, l'extrémité supérieure de l'organe gestateur est dirigée antérieurement et le col vers le sacrum. L'inclinaison est d'autant plus considérable qu'il y a eu un plus grand nombre de grossesses antécédentes: aussi la voit-on toujours augmenter chaque fois que l'état de gestation se renouvelle.

Chez quelques femmes l'obliquité antérieure est

si prononcée que le ventre retombe sur les parties externes de la génération et quelquefois même sur les cuisses, jusqu'au niveau des genoux.

Dans les obliquités latérales, le fond forme une proéminence vers un des côtés de l'abdomen, tandis que le col utérin est incliné du côté opposé. L'inclinaison antérieure est la plus fréquente; elle peut dépendre du relâchement des parois abdominales, d'une conformation vicieuse de la colonne rachidienne, de l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin ou de toute autre cause qui force la matrice à s'incliner en avant.

L'obliquité latérale droite est également assez fréquente, tandis que celle du côté gauche est très rare, parce que le rectum et la courbure du colon qui sont souvent distendus par des matières fécales, empêchent que l'utérus ne s'incline dans ce sens. Outre la direction vicieuse du bassin, on a encore assigné aux obliquités latérales une foule d'autres causes, telles que la brièveté de l'un des ligaments utérin, le relâchement d'un côté et la constriction de l'autre résultant d'une inflammation ou d'un état spasmodique, l'habitude de se coucher toujours du même côté, surtout du côté droit, enfin la présence d'une tumeur considérable dans l'abdomen ou dans l'un des ovaires. *Leuret* et la plupart des accoucheurs ont supposé que l'obliquité de la matrice dépendait de l'attache

du placenta sur un des points de ce viscère qui était entraîné du côté où avait lieu l'insertion. Si l'obliquité dépendait de cette dernière cause, le placenta s'insérerait plus souvent à droite qu'à gauche, et son insertion antérieure serait beaucoup plus fréquente que la postérieure, ce qui n'est pas, quoique l'obliquité latérale droite ait lieu 99 fois sur 100, et que l'inclinaison postérieure soit regardée comme à peu près impossible, lorsque le bassin et la base de la colonne vertébrale ne sont pas le siège d'un vice de conformation.

Si les inclinaisons utérines, qui ont lieu pendant la vacuité, méritent peu de fixer l'attention des praticiens, il n'en est pas de même pendant l'état de gestation. Selon *Deventer* elles doivent être rangées parmi les causes les plus fréquentes des accouchements difficiles: quoique cette assertion soit un peu exagérée, il est facile de comprendre comment les obliquités peuvent souvent apporter un grand obstacle à la prompte terminaison de la parturition, si l'on réfléchit que lorsque l'orifice de l'utérus se trouve appliqué contre les parois du bassin, les forces expulsives n'agissent pas dans la direction du canal vulvo-utérin, et que dans ce cas la dilatation du col ne peut se faire que difficilement et avec lenteur. Quand le bassin est large, il arrive souvent que la tête, en descendant, entraîne au devant d'elle le corps de

la matrice qui vient se présenter à la vulve, tandis que le museau de tanche est fortement porté en arrière; lorsque, au contraire, le bassin est étroit, l'utérus n'est pas entraîné par la tête, mais les efforts qui tendent à faire avancer cette dernière, qui alors est comme coiffée par une des parois du viscère, peuvent donner naissance à des contusions, à des distensions, et exposer l'organe gestateur à s'enflammer et même à se rompre, si l'on ne remédie pas promptement à son obliquité.

Les inclinaisons utérines qui ont lieu hors de l'état de grossesse n'exigent aucun traitement spécial, car on fait disparaître en partie les incommodités qui résultent d'une obliquité extrême, en soutenant l'abdomen au moyen d'un suspensoir; sans cette précaution la femme éprouverait, surtout vers les derniers temps de la gestation, des douleurs vives vers les aines et les lombes, et une sorte d'engourdissement du côté correspondant à la déviation.

Pour éviter la stérilité qui peut être la conséquence d'une obliquité utérine, on devra, pendant les rapprochements sexuels, faire incliner la femme du côté opposé à l'inclinaison du col, et la même précaution sera prise au moment de l'accouchement; on tâchera de ramener le fond de la matrice au centre de la cavité abdominale en soutenant et en pressant légèrement ce viscère avec

une main placée sur l'abdomen; jusqu'à ce qu'on soit parvenu à ce résultat, on engagera la femme à modérer le plus possible toute espèce d'efforts expulsifs. Si ces moyens ne suffisaient pas pour replacer le col au milieu de la cavité pelvienne, on y parviendrait le plus souvent, en introduisant deux doigts dans l'orifice, que l'on devrait maintenir dans cette situation jusqu'à ce qu'il se fût dilaté et que la poche des eaux fût bien formée. On éviterait par cette manœuvre aussi simple que facile, bien des douleurs à la femme, et par la position favorable où l'on aurait placé le col de la matrice, on faciliterait la dilatation de ce dernier, et on abrégèrait de beaucoup le travail. Dans la plupart des cas de ce genre, une saignée serait indiquée, principalement lorsqu'on aurait différé d'avoir recours à la manœuvre que nous venons de faire connaître.

DU RENVÈREMENT OU INVERSION DE LA MATRICE.

Le renversement de la matrice est une affection dans laquelle cet organe se retourne complètement ou en partie sur lui-même, à la manière d'un sac ou d'un doigt de gant, de telle sorte que sa face interne, devient externe *et vice versa*.

L'inversion utérine, qui peut avoir lieu pendant l'état de vacuité ou au moment de la parturition,

présente plusieurs degrés depuis la plus légère dépression jusqu'au point où la totalité du corps, l'utérus retourné sur lui-même dépasse le museau de tanche et fait entre les cuisses une saillie plus ou moins considérable. *Daillez, Levret* et la plupart des auteurs n'ont admis que deux variétés de cette affection, qui sont : le renversement complet et le renversement incomplet. Le premier est celui dans lequel le fond de la matrice est descendu jusque vers l'orifice et se trouve même en partie dans le vagin ; le second ou *renversement complet*, indique que l'organe utérin est entièrement retourné sur lui-même dans la cavité du vagin ou hors de la vulve.

Leroux de Dijon a établi trois degrés d'inversion : 1° la simple dépression qui a lieu lorsque la matrice n'est qu'un peu déprimée en dedans, comme le cul d'une fiole de verre, selon l'expression de *Mauriceau* ; 2° le renversement incomplet ; 3° le renversement complet dont nous avons parlé plus haut, qui semble avoir été indiqué par *Hippocrate* lorsqu'il a dit : *Si pudendo exciderint uteri, dependent velut scrotum.*

Enfin, *Sauvages*, qui, ainsi que nous, classe le renversement de la matrice dans les lésions de situation, et qui en fait une espèce du genre *hysteroptosis*, le professeur *Delpech* (1), le Dr. *Ferrand*,

(1) Précis des Malad. réputées chirur. III, page 576.

dans son excellente thèse (1), Madame *BOIVIN* et M. *DUGES* (2), reconnaissent à cette affection quatre degrés principaux, qui offrent des données distinctes, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui du pronostic et du traitement. Ces quatre degrés peuvent rester stationnaires, de même qu'ils peuvent suivre une marche progressive et augmenter graduellement ou instantanément d'intensité. Dans le premier degré, il y a simple dépression du fond de l'utérus ; dans le deuxième, le fond retourné vient entr'ouvrir le museau de tanche ; dans le troisième, l'organe renversé est logé dans le vagin, mais l'orifice vaginal de la matrice n'a pas participé à l'inversion ; enfin dans le quatrième degré, qui est le plus rare de tous, l'utérus totalement renversé, fait entre les cuisses une saillie plus ou moins considérable et présente une tumeur qui peut encore être augmentée par les ligaments utérins et par les portions d'intestins qui viennent se loger dans la cavité nouvelle produite par le déplacement de l'organe gestateur. Le mécanisme de l'inversion utérine est facile à comprendre : le fond de l'organe, qui est entraîné par une cause quelconque, se déprime d'abord en dedans, et devient convexe de concave qu'il était. La

(1) Du renversement de la matrice, dissert. inaug., Paris, 1828, n° 278.

(2) Traité prat. des Mal. de l'utérus. tome I, page 221, 1833.

dépression augmente insensiblement, et en passant plus ou moins vite par les différents degrés d'inversion, à mesure que la face interne de l'utérus s'abaisse et se renverse, elle entraîne avec elle les ligaments larges, les cordons suspubiens, les ovaires et les trompes qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, viennent occuper la place qui est restée libre dans le bassin. Comme dans les premiers instants qui suivent l'accouchement, l'utérus se trouve dans les conditions les plus favorables pour que l'inversion puisse s'effectuer, c'est à cette époque que le déplacement s'opère le plus fréquemment, parce qu'il ne peut avoir lieu qu'à la suite d'une distension des parois de la matrice, déterminée par le produit de la conception ou par la présence d'un polype, d'une môle, et par l'accumulation de sérosité ou de sang dans la cavité de cet organe.

Les causes les plus fréquentes de l'inversion de l'utérus après l'accouchement, sont : 1° les tentatives de délivrance exercées immédiatement après la sortie de l'enfant et avant que l'utérus soit revenu sur lui-même ; 2° les tractions trop fortes opérées sur le placenta encore adhérent au fond de la matrice, et la pression des intestins agissant en sens inverse sur la face externe et supérieure du corps du même organe ; 3° les efforts prolongés auxquels se livrent quelques femmes à l'ins-

tant même de l'expulsion du fœtus, dans l'intention d'obtenir une plus prompte délivrance ; 4° l'arrachement du placenta opéré spontanément, d'une manière violente, ce qui a lieu surtout lorsque les femmes accouchent debout, circonstance qui détermine souvent la sortie brusque et simultanée de tous les produits de la conception, principalement lorsque le cordon ombilical est très court ou se trouve contourné sur le cou ou sur toute autre partie du corps de l'enfant ; si dans ce cas le placenta était adhérent et ne se décolait pas, ou si le cordon ne se rompait pas de lui-même, l'inversion serait presque inévitable.

Le renversement de la matrice n'est pas toujours la suite d'une conduite peu rationnelle de l'accoucheur ou des circonstances fâcheuses dans lesquelles s'est trouvée la femme pendant la parturition. Il est quelques cas rares, à la vérité, qu'il est impossible de prévoir, où l'inversion utérine a lieu pour ainsi dire spontanément et sans qu'aucune puissance extérieure ait exercé des tractions sur la face interne des parois de l'organe.

Les femmes qui sont les plus exposées à ces sortes de renversements qu'on peut appeler *spontanés* sont celles dont la matrice est distendue par une grande quantité d'eau, au dernier moment du travail, celles qui accouchent presque sans douleur et d'un seul effort, celles dont l'enfant

et le placenta sont plus volumineux que de coutume, enfin celles qui sont épuisées par de longues souffrances. Toutes ces circonstances, qui peuvent être des causes occasionnelles de l'inertie de la matrice, et qui exposent les femmes à des hémorrhagies après l'accouchement, sont également autant de causes prédisposantes de l'affection qui nous occupe ; on peut encore ajouter aux circonstances qui disposent la matrice à se renverser, la production déjà effectuée de l'inversion dans une couche précédente, quoiqu'on y ait promptement remédié, un état habituel de prolapsus du vagin et de l'utérus, et une certaine laxité de ces organes attribuée aux personnes d'un tempérament lymphatique. Il arrive, dans quelques cas de ce genre, que la mollesse et la flaccidité de l'utérus sont telles, que même après la délivrance méthodiquement opérée, la seule pression des intestins sur le fond de cet organe détermine une inversion, sans qu'il ait été exercé aucune traction sur le cordon. On concevra facilement la possibilité d'un renversement produit par la pression des intestins sur les parois de l'utérus, si l'on réfléchit que l'impulsion a pu être brusque et violente comme celle qui résulte des contractions du diaphragme et des muscles abdominaux, pendant les efforts de la toux, de l'éternuement, du vomissement ou un mouvement inconsidéré de la femme.

Quoique l'inversion de la matrice ne semble en quelque sorte possible qu'immédiatement après la sortie du fœtus, c'est-à-dire à l'époque où le viscère a le plus de développement et de flexibilité, *Ané* et *Baudelocque* (1) attestent l'avoir vu paraître au troisième jour, et *Leblanc* (2) le dixième jour après l'accouchement. Le professeur *Désormeaux* (3) dit avoir été consulté pour une femme chez qui il existait un renversement incomplet qui n'avait été signalé que vingt et un jour après la parturition.

Nous pensons que les renversements complets, qui se manifestent si tard, existaient déjà d'une manière incomplète et qu'ils ont presque toujours commencé immédiatement après la délivrance ; s'il n'en a pas été ainsi, la matrice était sans doute restée distendue par de gros caillots de sang, et avait conservé le même volume et la même mollesse qu'après l'expulsion brusque du produit de la conception.

Comme la dilatation préalable et le ramollissement des parois de la matrice sont des premières conditions pour que l'inversion puisse s'effectuer, il est facile de concevoir que l'accouchement n'est pas la seule cause qui dispose cet organe à se

(1) Dissert. inaug., du docteur *Daillez*, 1803.

(2) *Sabatier*, Mémoire sur les déplacements de l'utérus.

(3) Dictionnaire de Méd. en 21 vol., tome XVIII, page 227.