

développent avec une grande rapidité et sont quelquefois très-sérieux dès le début.

Marche  
et terminaison.

La marche est variable. Quelquefois, après que l'utérus est resté emprisonné dans l'excavation pendant plus ou moins de temps, il s'élève spontanément dans la cavité abdominale, et alors tous les symptômes graves disparaissent. Mais une terminaison aussi heureuse est tout à fait exceptionnelle; et, si le praticien n'intervient pas en redressant l'organe, il peut en résulter des conséquences graves, la mort même, à moins que l'avortement ne se produise.

Terminaison si la  
réduction n'est pas  
obtenue.

L'extrême distension de la vessie et l'impossibilité d'y remédier provoquent parfois la déchirure de ses tuniques et une péritonite mortelle; ou encore la rétention d'urine produit une cystite, avec exfoliation des tuniques de la vessie; il arrive aussi assez souvent que la rétention des éléments de l'urine occasionne la mort avec tous les symptômes d'une infection urémique. D'autres fois, l'utérus enclavé se congestionne et s'enflamme, ou même se gangrène, et son contenu, si la femme survit, est évacué par des trajets fistuleux dans le rectum et le vagin. J'ai à peine besoin de dire que de semblables terminaisons ne sont possibles que dans les rétroversions tout à fait mal soignées, ou celles qui n'ont été reconnues qu'à la dernière période.

Diagnostic.

Le diagnostic est facile. A l'examen vaginal, le doigt rencontre une tumeur élastique, lisse et arrondie, qui remplit la partie inférieure du bassin, tiraille et déprime la paroi postérieure du vagin, quelquefois même fait saillie hors de la vulve. En portant le doigt en avant et en haut, on rencontre en général le col, très-élevé derrière le pubis, et comprimant le canal de l'urèthre. Dans la rétroversion tout à fait complète, il est difficile, impossible même, d'arriver jusqu'à lui. A l'examen abdominal, le fond de l'utérus ne peut être senti au-dessus du détroit supérieur, où l'on doit toujours le trouver dans les cas naturels, la rétroversion ne donnant lieu à des symptômes sérieux que du troisième au quatrième mois. L'examen

bimanuel nous permet de distinguer avec beaucoup d'attention la contraction et le relâchement alternatifs des parois utérines, caractéristiques de la grossesse, et de différencier ainsi la tumeur de toute autre qui occuperait la même situation. Les phénomènes qui accompagnent la grossesse préviendront aussi toute erreur de cette nature.

Dans quelques cas, on a supposé que la rétroversion pouvait persister jusqu'à terme. A strictement parler, c'est impossible; mais, dans les exemples qui ont été cités, entre autres l'observation bien connue rapportée par Oldham, une partie de l'utérus rétrofléchi resta dans la cavité pelvienne, tandis que la plus grande portion de l'organe se développa dans la cavité abdominale. L'utérus par conséquent se trouva divisé, pour ainsi dire, en deux portions, l'une constituée par le fond fléchi, restée dans le bassin, l'autre contenant la plus grande partie du fœtus, s'étant élevée au-dessus du détroit supérieur. Dans ces circonstances, il existait une tumeur dans le vagin, en même temps qu'une tumeur abdominale, et la grossesse put aller à terme. L'accouchement doit être très-difficile; mais, en général, cette position vicieuse se rectifie d'elle-même avant d'avoir donné lieu à aucun accident.

Explication des cas de  
rétroversion qui ont  
persisté jusqu'à  
terme.

Le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide sera entrepris aussitôt que possible, car chaque jour de retard l'accentue, et plus l'utérus augmente de volume, plus le rétablissement est difficile. Notre but est de rendre à l'utérus sa direction naturelle, en soulevant le fond au-dessus du promontoire du sacrum. La première chose à faire est de soulager la femme en vidant sa vessie, la rétention d'urine ayant probablement appelé tout d'abord l'attention dans ce cas; il est essentiel pour cela de se servir d'un long cathéter d'homme, élastique et de faible calibre, parce que l'urèthre est trop allongé et trop comprimé pour admettre l'introduction de l'instrument en argent ordinaire. Il peut être extrêmement difficile, quelquefois même tout à fait impossible, d'introduire le cathéter. Dans ces circonstances, si toutefois la réduction ne peut être effectuée sans

Traitement.

La vessie sera vidée.

cela, la vessie sera ponctionnée à trois ou quatre centimètres au-dessus du pubis, avec une aiguille fine et un aspirateur, et le liquide sera extrait. Le mémoire de Dieulafoy sur l'aspiration prouve d'une manière concluante que ce procédé peut être employé sans danger, et l'opération a été pratiquée avec un plein succès par Schatz et d'autres auteurs. Il peut arriver, mais cela est très-rare, et seulement dans les cas longtemps négligés, que l'évacuation de l'urine soit impossible.

Manière d'opérer la réduction.

La vessie vidée et l'intestin rendu libre, si possible, par de copieux lavements, nous tentons la réduction. Les procédés opératoires sont nombreux. Si l'accident n'est pas très ancien, je suis incliné à penser que la méthode la plus simple et la plus sûre est la compression continue par un sac de caoutchouc rempli d'eau placé dans le vagin. Les bons effets de cette compression énergique et longtemps continuée ont été démontrés par Tyler Smith, qui opéra de cette façon la réduction d'un utérus en rétroversion depuis longtemps, et il n'est pas difficile de comprendre que ce moyen puisse être efficace, alors qu'un effort brusque et violent ne réussirait pas. J'ai essayé cette méthode avec succès dans deux cas, un sac de caoutchouc pyriforme étant fixé dans le vagin et distendu autant que la femme peut le supporter au moyen d'une seringue. L'eau peut être enlevée par moments, pour permettre à la femme d'uriner, le sac est immédiatement rempli de nouveau. Dans mes deux cas, la réduction s'opéra en vingt-quatre heures. Barnes a échoué avec ce procédé; mais j'ai si bien réussi moi-même, et il est si manifestement moins nuisible que la réduction forcée avec la main, que je suis incliné à le considérer comme le meilleur moyen et le premier applicable. Si la compression par le liquide échoue, nous pourrions essayer de remettre l'utérus en place par le moyen suivant. La femme sera mise sur le bord du lit, dans la situation obstétricale ordinaire et complètement anesthésiée : point capital, car le relâchement musculaire ainsi obtenu assurera la liberté des manœuvres. Un ou plusieurs doigts de la main gauche seront

alors introduits dans le rectum; si la femme est profondément endormie, il est facile, avec beaucoup de soin, de faire pénétrer la main tout entière, et l'on essaiera alors de soulever ou de pousser le fond de l'utérus au-dessus du promontoire. L'abaissement du col avec les doigts de la main droite, introduits dans le vagin, facilitera la réduction. On a recommandé de faire la compression dans la direction de l'une ou de l'autre des articulations sacro-iliaques, plutôt que directement en haut, de telle façon que l'utérus ne puisse pas être serré contre la saillie du promontoire. Si l'on n'obtient pas la réduction par le rectum, un essai peut être fait par le vagin; et quelques auteurs ont conseillé la compression en haut au moyen du poing fermé introduit dans ce canal. D'autres recommandent de placer la femme sur les mains et les genoux pour faciliter la réduction; mais cette position empêche l'administration du chloroforme, qui est plus utile que tous les changements de situation. Différents instruments compliqués ont été inventés pour faciliter l'opération; mais ils sont plus ou moins dangereux et ne réussissent pas lorsque la compression manuelle a échoué.

Aussitôt la réduction opérée, on prévient la descente ultérieure de l'utérus par un pessaire de Hodge fortement gonflé, et la femme restera en repos pendant quelques jours, l'état de la vessie et des intestins étant particulièrement surveillé. Lorsque la réduction a été bien faite, il est rare qu'il survienne une rechute.

Si la réduction ne peut être obtenue, l'avortement artificiel est impérieusement indiqué; c'est notre seule ressource. On l'effectuera très-bien par la ponction des membranes, l'écoulement du liquide amniotique diminuant de lui-même le volume de l'utérus et modérant ainsi la compression à laquelle les parties voisines sont soumises. Après cette ponction, nous pouvons tenter de nouveau la réduction, ou attendre que le fœtus soit expulsé spontanément. Il n'est pas toujours facile d'atteindre le col de l'utérus, bien que nous y arrivions géné-

Traitement dans les cas où la réduction échoue.

ralement avec une sonde utérine recourbée. S'il était impossible de ponctionner les membranes, le liquide amniotique serait extrait à travers les parois utérines au moyen de l'aspirateur, introduit soit par le rectum, soit par le vagin. La lésion ainsi faite aux parois utérines n'est vraisemblablement pas trop dangereuse, et elle est certainement beaucoup moins grave que la rétroversion abandonnée à elle-même.

Cette mesure extrême ne sera prise que si les moyens indiqués plus haut ont été infructueux.

Maladies coexistant avec la grossesse.

La femme enceinte est naturellement apte à contracter les mêmes affections qu'en dehors de l'état de grossesse; et une grossesse peut survenir chez des femmes déjà atteintes d'une affection constitutionnelle. Il n'est pas douteux qu'il y ait encore beaucoup à apprendre concernant l'influence que peut avoir sur la grossesse une affection coexistante; l'état de gravidité ne modifie que fort peu certaines maladies, il en aggrave au contraire considérablement quelques autres. L'influence de l'affection sur le fœtus varie beaucoup. Mais le sujet est trop étendu pour être traité en détail; je dirai seulement quelques mots des affections les plus importantes qu'on rencontre pendant la grossesse.

Fièvres éruptives.

Les fièvres éruptives ont souvent des conséquences très-sérieuses, proportionnées à l'intensité de leur début. Entre toutes, la variole amène les résultats les plus désastreux: les ouvrages des anciens auteurs en rapportent des exemples; mais de nos jours on en voit heureusement beaucoup moins, grâce à la vaccine. Les formes graves et confluentes de la maladie sont presque sûrement mortelles pour la mère et pour l'enfant. Dans la variole discrète et dans la variole modifiée après la vaccination, la femme a généralement une affection bénigne, et, bien que l'avortement survienne fréquemment, il n'est pas inévitable.

Scarlatine.

Si la fièvre scarlatine se déclare avec intensité chez une femme enceinte, l'avortement a presque toujours lieu, et les risques pour la mère sont considérables. Les cas plus bénins

suivent leur cours sans produire de symptômes alarmants. Si l'avortement a lieu, les dangereux effets de cette affection zymotique après la délivrance aggraveront sans contredit le pronostic. Cazeaux pense que les femmes enceintes ne sont pas aptes à contracter cette affection, et Montgomery supposait que le poison absorbé pendant la grossesse pouvait rester latent jusqu'à la délivrance, ses effets caractéristiques se produisant à ce moment.

La rougeole, à moins d'être très-grave, suit souvent son cours sans affecter sérieusement la mère ou l'enfant. J'en ai vu moi-même quelques exemples. De Tourcoing, cependant, dit que sur 15 cas les femmes avortèrent sept fois, mais c'étaient tous des cas graves. On rapporte quelques observations dans lesquelles l'enfant naquit avec une éruption rubéolique.

Rougeole.

La femme enceinte peut être atteinte de quelques fièvres continues, qui, si elles sont un peu graves, provoqueront l'avortement. Sur 22 observations de fièvre typhoïde, l'avortement eut lieu 16 fois, et dans les six autres, l'affection étant légère, la grossesse alla à terme. Sur 63 cas de fièvre intermittente, l'avortement ou le travail prématuré eut lieu dans 23. Selon Schweden, la cause principale de danger pour le fœtus dans la fièvre continue est l'hyperpyrexie, surtout lorsque la température maternelle arrive à 40° ou au-dessus. Les fièvres ne paraissent pas être aggravées, en ce qui concerne la mère, et la même observation a été faite par Cazeaux pour celles qui surviennent après l'accouchement.

Fièvres continues.

La pneumonie paraît être particulièrement dangereuse, car, sur 15 observations rassemblées par Grisolle<sup>1</sup>, onze femmes moururent, mortalité beaucoup plus grande que celle de cette maladie en général. Dans le plus grand nombre des cas, l'avortement eut lieu, les enfants étant généralement morts. Il est probable que ce funeste résultat est dû, comme dans les fièvres continues graves, à l'hyperpyrexie. La cause de la mortalité des femmes semble être un peu obscure, puisque le même danger

Pneumonie.

1. *Arch. gén. de méd.*, vol. XIII, p. 298.

n'existe pas dans les bronchites graves ou les autres affections inflammatoires.

Phthisie.

Contrairement à l'opinion généralement reçue, il paraît certain que la grossesse n'a pas le pouvoir de retarder la marche d'une phthisie co-existante; on ne constate pas non plus d'accélération de la maladie après l'accouchement. Sur 27 cas de phthisie rassemblés par Grisolle <sup>1</sup>, 24 fois les premiers symptômes de l'affection apparurent après que la grossesse eut commencé. Les femmes phthisiques ne sont pas aptes à concevoir, fait qui peut probablement être expliqué par la coexistence fréquente d'une affection utérine, surtout d'une leucorrhée abondante. La durée de la phthisie paraît être diminuée; elle eut une moyenne de neuf mois et demi seulement dans un ensemble de 27 observations, ce qui prouve, au moins, que la grossesse n'en arrête pas matériellement la marche. Si nous songeons à l'impôt dont la grossesse frappe naturellement les forces vitales, nous devons admettre que cette opinion est plus physiologiquement probable que celle qui est généralement reçue et qu'on a sans doute adoptée sans aucune raison sérieuse.

Affection cardiaque.

Les mauvais effets de la grossesse sur une affection organique du cœur ont été spécialement signalés par Spiegelberg, Fritsch, Peter et d'autres observateurs; et le sujet a fait naître une série de mémoires remarquables, publiés par Angus Mac Donald <sup>2</sup>. Sur 28 observations rassemblées par cet auteur, 17 fois, c'est-à-dire 60 pour cent, la complication fut mortelle. Telle n'est pas sans doute l'estimation absolument exacte des risques probables; mais c'est au moins une preuve que la grossesse est fort dangereuse lorsqu'elle survient chez une femme atteinte d'une affection chronique du cœur. Le Dr Mac Donald rapporte ces dangers à deux causes: rupture de l'équilibre circulatoire, qui a été établi par des dispositions de compensation, et en second lieu développement de nouvelles lésions inflammatoires sur les valvules cardiaques déjà malades.

1. *Archiv. gén. de méd.*, vol. XXII.  
2. *Obstet. journ.*, 1877.

Les symptômes graves n'apparaissent ordinairement que dans la dernière moitié de la grossesse, et la femme va souvent jusqu'à terme. Les phénomènes pathologiques les plus communs découverts à l'autopsie consistent en une congestion pulmonaire affectant particulièrement la muqueuse des bronches, de l'œdème du poumon, et parfois de la pneumonie et de la pleurésie. La lésion cardiaque la plus dangereuse paraît être la sténose mitrale, puis l'insuffisance aortique. On pourrait donc conclure de tous ces faits que les maladies du cœur, surtout lorsqu'elles s'accompagnent de symptômes graves, de dyspnée, de palpitations, etc., sont une contre-indication formelle du mariage. Si la grossesse existe déjà, nous nous bornerons à prescrire à la femme un régime et un genre de vie réguliers; elle évitera les impressions du froid et les efforts de toutes sortes.

Syphilis.

J'ai examiné ailleurs l'influence considérable de la syphilis sur l'œuf. En ce qui concerne la mère, ses effets ne sont pas différents de ceux qui se produisent à un autre moment. C'est à peine si j'ai besoin de dire que, lorsque nous trouvons des signes de syphilis chez une femme enceinte, nous devons instituer le traitement et le continuer pendant toute la grossesse, non-seulement en vue d'enrayer les progrès du mal, mais dans l'espoir de prévenir ou de diminuer les risques d'avortement ou de la naissance d'un enfant infecté. La grossesse ne contre-indique pas le traitement mercuriel; elle en réclame plutôt l'application énergique. Quant à la médication, il est bon d'en choisir une forme qui puisse être continuée très-longtemps sans produire de sérieux effets constitutionnels. De petites doses de bichlorure de mercure, 3 milligrammes trois fois par jour, et l'iode de mercure répondent bien à ce but; on peut employer aussi, dans les premiers temps de la grossesse, des bains de vapeurs mercurielles, ou des frictions cutanées.

Le Dr Weber, de Saint-Petersbourg <sup>1</sup>, a fait quelques observations tendant à démontrer la supériorité de ces dernières

1. *Allgem. Med. Cent. Zeit.*, feb. 1875.