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 complétement 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 garderobe. Ces précautions suffisent, et le plus souvent rendent inutile l'application d'un pessaire que Baudelocque 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 Baréges 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 complétement 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 ténesme 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

HYDROPISIES

§ 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 gémellaires. 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,