

de soupçonner une grossesse. Un cathéter introduit dans la vessie vient buter contre le fond de l'utérus, et, en pareil cas, on a quelquefois cru à l'existence d'un calcul. La sensation au toucher est cependant toute différente, et il n'y a pas non plus le bruit produit par le contact de la sonde sur une pierre.

Si l'on ne fait disparaître ce déplacement, la paroi antérieure de l'utérus s'engorge et même s'enflamme, et c'est là, assurément, une des causes fréquentes de stérilité.

Dans les derniers mois de la grossesse, il se produit un léger déplacement, auquel on a donné le nom d'*obliquité antérieure* (fig. 165). Cet accident arrive chez les primipares, par suite de l'obliquité naturelle de l'organe, et chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, par suite du relâchement exagéré des parois abdominales. L'orifice utérin est situé près du promontoire du sacrum, et parfois il est difficile de le découvrir. Cette disposition a fait croire, dans certains cas, à des imperforations de l'utérus. Les symptômes, en pareille circonstance, ressemblent fort à ceux déjà décrits; mais, en somme, ils n'ont d'autre conséquence que de retarder les progrès du travail, car la partie fœtale poussant devant elle une portion de l'orifice contre les pubis, cette partie se tuméfie, se dilate difficilement; les contractions dès lors deviennent irrégulières, spasmodiques et très douloureuses.

§ VI. — Diagnostic.

Il faut établir le diagnostic différentiel de l'antéversion:

I. *Avec le calcul vésical.* — Levet avoue que, dans le seul cas d'antéversion qu'il rencontra, il fit une erreur de diagnostic. Il prit l'utérus pour un calcul vésical, et ne reconnut sa méprise qu'à l'autopsie, car la femme opérée de la taille mourut après l'opération (1). L'introduction d'un cathéter dans la vessie, pendant que le médecin pratique avec soin le toucher vaginal, est un bon moyen de se mettre en garde contre une pareille erreur. — Il suffira de joindre au toucher vaginal le palper abdominal, ou de pratiquer le toucher rectal pour être sûr que c'est l'utérus seul qui est en cause.

II. *Avec la rétroversion.* — On distinguera facilement cette affection de la rétroversion, parce que, dans ce dernier cas, le doigt rencontrera le col utérin en avant, et la grosse extrémité de la matrice en arrière. L'introduction de l'hystéromètre dans le cas de rétroversion et d'antéversion sera d'un grand secours pour éclairer le diagnostic. La direction de l'instrument indiquera suffisamment alors de quel côté a lieu la déviation.

III. *Avec les tumeurs du bassin.* — Il sera quelquefois difficile d'établir le diagnostic entre l'antéversion et certaines tumeurs du bassin;

(1) Capuron, *Malad. des femmes*, p. 102.

mais si on peut constater la présence de l'orifice en arrière et suivre avec le doigt successivement le col et le corps de l'utérus dirigés transversalement dans le bassin, on aura presque acquis la certitude qu'il existe une antéversion de l'utérus.

IV. *Avec une tumeur ovarienne.* — L'histoire de la malade, le développement de la tumeur, ajoutés aux symptômes précédents, permettront au praticien de ne pas confondre une tumeur ovarienne avec l'affection que nous décrivons.

§ VII. — Traitement.

Dans bien des cas où le déplacement est peu prononcé, l'utérus reprend spontanément sa situation, soit par la réplétion de la vessie ou la déplétion du rectum. Si le déplacement est causé par une métrite chronique, un traitement antiphlogistique approprié, en médiant à l'inflammation, permettra à l'utérus de reprendre sa position normale. Aussi faut-il avant tout porter remède à la cause organique

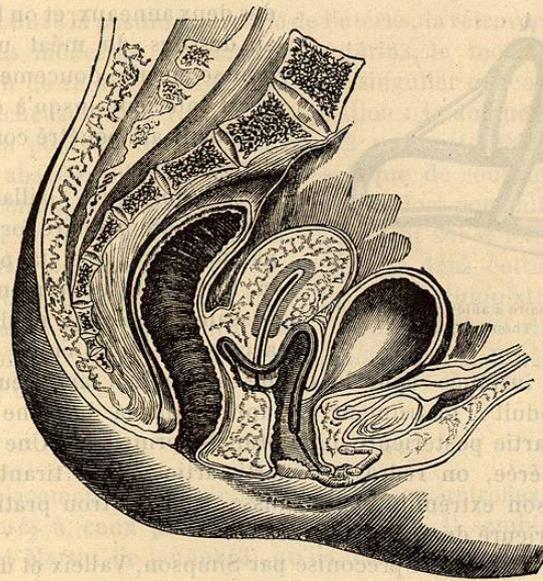


Fig. 166. — Pressaire de Graily-Hewitt pour l'antéversion.

avant de faire aucune tentative contre le déplacement, à moins que la cause mécanique ne soit d'un danger sérieux.

Si le chirurgien doit intervenir activement, il est rare que le manuel opératoire offre des difficultés sérieuses. Avec l'index d'une main il accrochera le col utérin, pendant qu'avec l'autre main il poussera doucement en avant le fond de l'organe. Il faudra user de la plus

grande douceur dans cette opération ; on gardera la patiente au lit pendant plusieurs jours, et on lui recommandera le décubitus dorsal.

Des lotions froides, des douches ou des injections vaginales à une température basse, contribueront à rendre du ton aux tissus du vagin. Nauche recommande l'emploi d'un pessaire *en bilboquet*, dont la partie supérieure serait creusée de façon à recevoir le col, mais ce moyen est rarement nécessaire. On a encore préconisé contre l'antéversion une foule d'agents mécaniques dont la valeur ne nous est pas parfaitement démontrée.

Graily-Hewitt emploie un instrument formé de deux anneaux soudés à angle et disposés de telle façon que l'anneau supérieur puisse embrasser le col utérin (fig. 166) et que l'anneau inférieur s'applique contre le pubis, l'angle formé par ces deux anneaux est reçu dans le cul-de-sac vaginal antérieur et sert à repousser en haut la face antérieure de l'utérus.

On introduit ce pessaire en présentant à la vulve l'extrémité de la partie qui doit embrasser le col, puis on presse sur l'angle de réunion

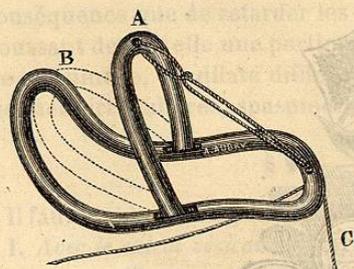


Fig. 167. — Pessaire à antéversion de Gaillard Thomas (*).

des deux anneaux, et on le fait passer au-dessous du méat urinaire, on pousse ensuite doucement sur l'anneau inférieur jusqu'à ce que l'instrument ait pénétré complètement dans le vagin.

En Amérique, Gaillard Thomas emploie un pessaire formé de deux parties dont l'une, la principale, a la forme et les dimensions d'un pessaire de Hodge et dont l'autre, accessoire et articulée sur la pre-

mière, est insinuée dans le cul-de-sac vaginal antérieur (fig. 167).

On introduit l'instrument en appliquant la branche surajoutée contre la partie postérieure de la branche principale. Une fois l'introduction opérée, on redresse la partie articulée en tirant sur un fil attaché à son extrémité et qui glisse dans un trou pratiqué sous la partie antérieure du corps du pessaire.

Le pessaire à tige est préconisé par Simpson, Valleix et d'autres. Ces moyens, rarement utiles, peuvent quelquefois être nuisibles.

Pour l'obliquité antérieure qu'on observe à la fin de la grossesse et pouvant apporter quelque entrave à la parturition, Merriman (1) fait la remarque suivante : « Le temps et la patience sont les meilleurs

(1) S. Merriman, *Dissertation on retroversion of the womb*. London, 1810 (*Med. and phys. Journ.*, t. XVI, p. 338).

(*) A, branche articulée sur un pessaire de Smith B. la ligne ponctuée indiquant la position de la branche A avant le redressement de cette branche. C, fil destiné à redresser la branche A.

moyens à employer en pareille occurrence. » On a conseillé de faire garder aux femmes en travail la position horizontale dans le décubitus dorsal, afin de diminuer ainsi les crampes et les contractions spasmodiques occasionnées par la pression que subit l'utérus entre la tête du fœtus et la symphyse des pubis. Ce moyen, dans la majorité des cas, nous paraît insuffisant, et l'accouchement se terminant sans autre intervention est, suivant nous, retardé au détriment de la malade. L'opinion de Hamilton est bien plus en harmonie avec la nôtre lorsqu'il dit (1) : « Le meilleur moyen de soulager la patiente est de repousser avec la main le corps de l'utérus en arrière et en haut, et de cette façon le fœtus avancera plus rapidement.

CHAPITRE XXI

RÉTROFLEXION ET RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS (2).

Étant donnée la position normale de l'utérus, la rétroversion doit être, de tous les modes de déplacements utérins, le moins commun ; la production de ce déplacement exige un singulier concours de circonstances fâcheuses dont voici l'énumération : 1° augmentation du volume et du poids du fond de l'utérus ; 2° par suite, l'organe est plus ou moins abaissé ; 3° il est plus redressé que de coutume ; 4° enfin, si dans ces conditions la femme fait quelque effort pour aller à la garde-robe, pour lever un poids, etc., cette force agit sur le fond de l'utérus, celui-ci sera poussé en arrière et se fléchira dans cette direction en totalité, ou le corps se fléchira sur le col ; 5° l'accumulation de l'urine dans la vessie peut agir efficacement dans la même direction, mais cette dernière cause n'a que peu d'importance, si l'utérus n'est pas augmenté de volume.

§ I. — Historique.

Ces déplacements, rétroversion (fig. 168) ou rétroflexion (fig. 169), sont opposés à ceux précédemment décrits. Il semblerait, d'après Jourdan et Martin (le jeune) (3), qu'ils n'ont pas été inconnus des an-

(1) Hamilton, *Practical Observ. on midwifery*, part I, p. 232.

(2) BIBLIOGRAPHIE : Outre les sources citées en tête du chapitre précédent : Saxtorph, *De ischuria ex utero*, 1775. — Ignatius Witczek, *De utero reflexo morbo gravidis perniciosissimo*. — Bazin, *De la rétroversion*, 1827. — Hensley, *Retroflexion of the uterus* (*Provincial med. and surg. Journal*, 13 janvier 1848, n° 1 et 2). — Dufraigne, *De la rétroflexion*, thèse. Paris, 1851. — Baud, *Déviations et engorgements de l'utérus*. Paris, 1850, Rapport de M. Hervez de Chegoïn (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XV, p. 58).

(3) Martin, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques sur plusieurs maladies qui peuvent compliquer la grossesse*. Paris, 1835, p. 137.