

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

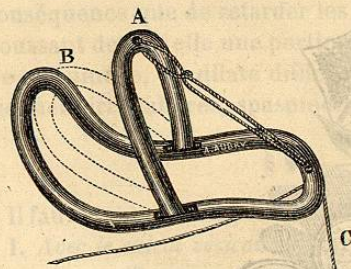


Fig. 167. — Pessaire à antéversion de Gaillard Thomas (\*).

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.



ciens (1). Quoique leurs vues à cet endroit ne paraissent pas très nettes,

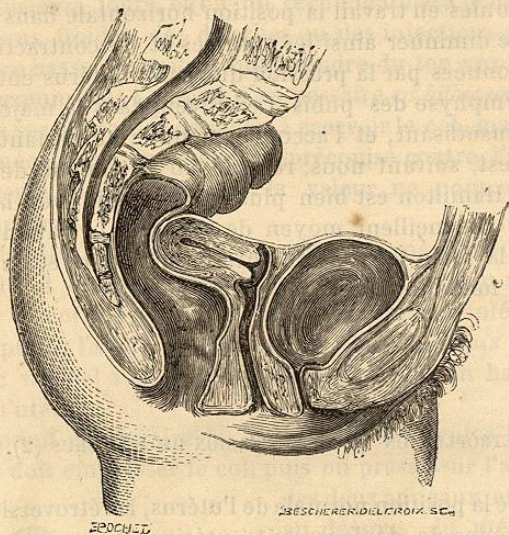


Fig. 168. — Rétroversion de l'utérus.

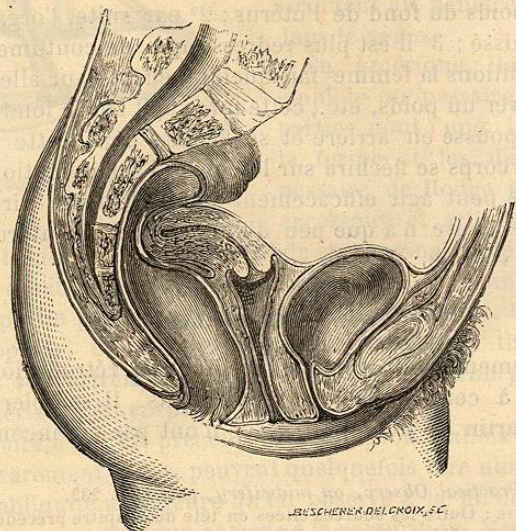


Fig. 169. — Rétroflexion de l'utérus.

leurs successeurs perdirent tout à fait de vue ces affections, et les

(1) Voyez Hippocrate, *De la nature de la femme* (Œuvres complètes, édition Littré, Paris, 1851, t. VII, p. 397), et *Maladies des femmes* (Œuvres, t. VIII). — Ætius, *Contractæ ex veteribus medicinarum tetrabiblos*. Basileæ, 1542, IV, serm. 4, caput 77, p. 905.

travaux de Will. Hunter (1754) en Angleterre; en France, de J.-B. Desgranges, de Lyon (1785) (1), et de Grégoire, professeur d'accouchements à Paris, dans ses leçons (1747); en Allemagne, de Richter (2), de Charles (de Liège) (3), sont venus jeter une nouvelle lumière sur ces déplacements. L'observation suivante appartient à Walter Wall (4), qui avait assisté aux leçons de Grégoire en 1754, et qui appela sur ce fait l'attention de William Hunter; elle fut résumée par Gooch en ces termes :

OBSERVATION I. — Une pauvre femme de Londres, arrivée au quatrième mois environ de sa grossesse, fut tout à coup prise de rétention d'urine. Elle fit mander Walter Wall, qui la sonda; mais l'obstacle resta le même, et

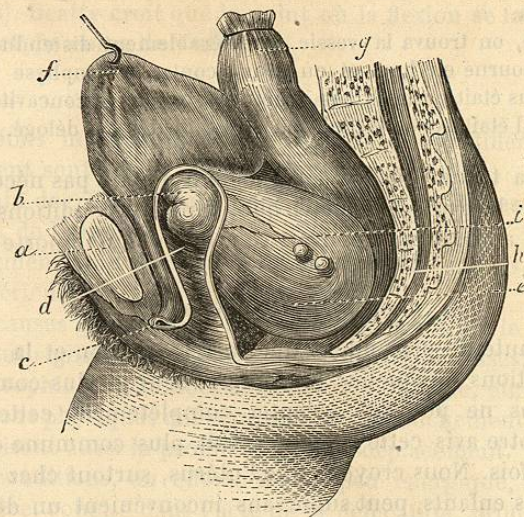


Fig. 170. — Rétroversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse (\*).

on dut avoir de nouveau recours à la sonde. Cette fois Wall fit une exploration attentive, afin de se rendre compte de la nature de l'obstacle. Il prati-

— A. Paré, *Œuvres complètes*, édition, Malgaigne. Paris, 1841, t. II, p. 752. — Roderic a Castro, *De universa mulierum medicina*. Hamburgi, 1603. — Dujardin et Peyrilhe, *Histoire de la chirurgie*, t. II, p. 280.

(1) J.-B. Desgranges, *Mémoires de la rétroversion de l'utérus*, couronné en 1785 par l'Académie royale de chirurgie, inédit, extrait dans *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. LXVI, p. 85.

(2) Richter, *Chirurg. Bibliothek*, t. V, p. 521, et t. IX, p. 182.

(3) Charles (de Liège), *Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse*, Paris, 1878.

(4) W. Wall, *Diss. de uteri gravidæ retroversione*. Halle, 1782. Dœring, *Dissert.*, t. I, p. 242.

(\*) a, pubis droit; b, museau de tanche; c, canal de l'urèthre; d, vagin; e, corps de l'utérus; f, la vessie dans son plus grand développement; g, le rectum; h, l'angle sacro-vertébral; i, coupe de la trompe et du ligament de l'ovaire gauche. (Boivin et Ducès, *Atlas*, pl. XI, fig. 5.)



qua le toucher vaginal, et son doigt, au lieu d'être dirigé en haut et en arrière vers le sacrum, était dirigé en avant et en haut vers les pubis. Il ne pouvait atteindre le col; mais il constata, à la partie postérieure du vagin, la présence d'une tumeur, et, en complétant l'examen par le toucher rectal, il s'assura qu'elle siégeait entre le rectum et le vagin. La partie inférieure de cette tumeur étant repoussée vers les pubis paraissait constituer l'obstacle à l'émission de l'urine par la pression qu'elle exerçait sur l'urèthre. Wall rapprocha ce fait de ceux que Grégoire avait décrits sous le nom de *rétroversion*, et il essaya de réduire la tumeur, mais sans succès. Il appela William Hunter, qui, après avoir examiné la malade, arriva aux mêmes conclusions que Wall. En soulevant la tumeur, l'urine s'écoula facilement (fig. 170). William Hunter tenta de ramener l'utérus à sa position normale; mais il n'y réussit pas: il y avait en même temps une constipation opiniâtre, et la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva la vessie considérablement distendue; le col de l'utérus était tourné en haut et en avant contre la symphyse des pubis, le fond de l'utérus était porté en bas et en arrière dans la concavité du sacrum, dans laquelle il était fixé de façon à en être difficilement délogé.

Depuis on a trouvé que ce déplacement n'était pas nécessairement lié à l'état de la grossesse, mais que, dans des conditions jusqu'à un certain point analogues, il pouvait se produire à n'importe quelle époque de la vie.

### § II. — Fréquence.

Quelques auteurs prétendent que la *rétroversion* et la *rétroflexion* sont les affections auxquelles les femmes sont le plus communément sujettes. Nous ne pouvons accepter complètement cette assertion, quoique à notre avis cette affection soit plus commune qu'on ne le croyait autrefois. Nous croyons que l'utérus, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants, peut subir sans inconvénient un degré de déviation plus étendu qu'on ne l'admet généralement, et que, peut-être, on a trop souvent pris ces déviations pour des maladies.

### § III. — Définition.

La *rétroversion* consiste en une inclinaison de l'utérus en arrière, de telle sorte que le fond de l'organe se porte dans l'excavation du sacrum tandis que le col se rapproche de la symphyse pubienne.

Dans la *rétroflexion*, le corps de l'utérus se porte encore dans l'excavation du sacrum, mais le col reste sensiblement dans sa position normale.

Dans la *rétroversion*, le canal cervico-utérin conserve sa direction à peu près rectiligne, tandis que, dans la *rétroflexion*, il forme une courbure à concavité postérieure d'autant plus prononcée que la *rétroflexion* est plus accentuée.

## ARTICLE PREMIER

### RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION EN DEHORS DE L'ÉTAT DE GROSSESSE

La *rétroflexion* et la *rétroversion* peuvent se produire à toutes les périodes de la vie après la puberté, mais elles paraissent plus fréquentes après des grossesses répétées ou des avortements (1). Velpeau (2), en 1835, avait déjà observé quinze fois ce déplacement sur des utérus non gravides, mais chez des femmes multipares. Davis pense qu'il peut résulter d'un vice de conformation ou d'une maladie antérieure (3). Beatty croit que le point où la flexion se fait est au niveau du col et du corps de l'utérus.

### § I. — Causes.

Les conditions nécessaires à la production de ces différents modes de déplacement sont :

1° Un certain degré de relâchement des parois vaginales permettant l'abaissement de l'utérus;

2° Une augmentation dans le poids du fond de l'utérus, surtout de sa paroi postérieure.

Parmi les causes qui peuvent accroître le volume ou le poids de la matrice, il faut signaler la présence de tumeurs fibreuses, la congestion, l'hypertrophie, des caillots dans la cavité utérine, etc.

Les conditions physiques qui résultent de l'accouchement, d'un avortement, favorisent aussi la production de ce déplacement.

Dans ces conditions, un effort, même peu énergique, agissant en bas et en arrière, comme dans l'acte de la défécation, produira certainement la déviation.

Il faut aussi tenir compte, comme nous l'avons fait pour l'*antéversion*, de l'influence que peut avoir sur la *rétroversion* et la *rétroflexion* l'invasion d'une pelvipéritonite consécutive à l'accouchement. Cette inflammation laissera après elle des adhérences et des brides qui fixeront l'utérus dans la position anormale que nous décrivons.

Le fait suivant emprunté à Paul Picard, et dû à Natalis Guillot, nous paraît digne d'être rapporté en entier.

OBSERVATION II. — *Utérus en rétroflexion et rétroversion par suite d'adhérences entre l'utérus et ses annexes, d'une part, et le rectum, de l'autre.* — Une femme de quarante ans, multipare, qui accoucha régulièrement. Le lendemain de son accouchement elle se plaignit de douleurs violentes dans le bas-ventre ;

(1) Comparez Amussat, *Mémoire sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse* (*Journal de Chirurgie*, janvier 1843).

(2) Velpeau, *Traité de l'art des accouchements*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1835, t. II, p. 622. — Montault, *Journal hebdomadaire*, 1833.

(3) Beatty, *Cases of retroflexion* (*Dublin quart. Journal*, 1847, août et novembre).