

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^e édition. Paris, 1835, t. II, p. 622. — Montault, *Journal hebdomadaire*, 1833.

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

les douleurs étaient profondes, pongitives, s'irradiaient dans le haut des cuisses, surtout à droite. Le poulx était fréquent, petit et dur. La malade eut des nausées, la pression augmentait les douleurs. Après un traitement antiphlogistique énergique, les douleurs disparurent et la malade fut considérée comme guérie.

Au bout de six semaines elle se leva; la station verticale, la marche, lui causaient de violentes douleurs, la miction était douloureuse; mais c'était surtout dans les efforts faits pour aller à la garde-robe qu'elle souffrait à pousser des cris; aussi elle se retenait tant qu'elle pouvait, et cependant chaque mouvement provoquait des coliques; quand elle était droite, elle se plaignait toujours de pesanteurs pénibles dans le fond de l'abdomen.

Examen. — On sent au-dessus des pubis une tumeur mal circonscrite, très douloureuse à la pression. Par le toucher, on trouve le col volumineux, largement ouvert, dur, dévié en haut, en avant et à gauche. Dans le cul-de-sac antérieur, en combinant le palper abdominal avec le toucher, on sent une tumeur globuleuse, mal circonscrite, irrégulière, semblant être constituée par des intestins agglomérés. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur lisse, rénitente, élastique, très douloureuse au toucher. Le toucher rectal révèle la face postérieure de l'utérus en rétroversion, et cependant on sent nettement un sillon qui sépare le col du corps. Les douleurs éprouvées pendant la station verticale, la défécation, la miction, augmentent sensiblement; la malade reste un an dans le service sans avoir ses menstrues; elle succombe à une tuberculisation pulmonaire, quatorze mois après son accouchement.

A l'autopsie, outre des cavernes dans les poumons, on trouve un paquet d'intestins occupant la cavité du petit bassin et réunis entre eux par des fausses membranes.

Au-dessous, se trouve l'utérus, assez volumineux, dur, résistant, étendu dans les replis de Douglas. Le col, très volumineux, regarde en haut et comprime le bas-fond de la vessie. La lèvre postérieure est bouffie, saillante, le col largement ouvert, déchiqueté sur les bords. L'utérus présente un sillon sur sa face postérieure dans le point qui unit le tiers supérieur au moyen du canal cervical. La flexion tombe donc ici sur le col utérin et au-dessous de l'orifice interne. Des fausses membranes épaisses, blanchâtres, résistantes, élastiques, couvrent la face antérieure de l'utérus, et de là se portent sur le rectum fortement abaissé, car le point, où l'incurvation inférieure de l'S illiaque commence, est contigu avec le bord supérieur de l'utérus. Les fausses membranes s'étendent aussi à droite et à gauche sur la trompe et sur l'ovaire. A droite, la trompe, deux fois repliée sur elle-même, est enlacée dans la fibrine: l'ovaire est entouré de lacis pseudo-membraneux qui le fixent dans le bas-fond latéral du repli de Douglas. A gauche, ovaire et trompe formaient un véritable peloton arrondi, inextricable, faisant corps avec la tumeur des intestins grèles.

A la coupe, le parenchyme utérin est résistant: il crie sous le scalpel, ses parois sont notablement hypertrophiées, sa face interne est couverte d'une muqueuse épaissie, vultueuse, violacée; replis muqueux à la hauteur de l'orifice interne; la flexion porte à 1 centimètre de l'orifice interne, rien d'anormal du reste en ce point. La vessie est très épaissie, le vagin rouge violacé,

les replis très épais et saillants. La troisième partie du rectum est comme tendue. Le rectum se recourbe deux fois sur lui-même en dessous de l'utérus; en ce point les fausses membranes forment un véritable nœud. La face postérieure de l'utérus adhère intimement au rectum.

Virchow (1) a cherché à expliquer pourquoi la rétroflexion se produit à la jonction du corps avec le col. Il appuie sa théorie sur ce que le tissu utérin, à ce niveau, a moins d'épaisseur qu'en tout autre point; sur ce que le péritoine, en se réfléchissant sur lui-même en cet endroit, permet à la partie supérieure de l'utérus qui n'est pas soutenue, de se fléchir sur l'inférieure, dont la position est plus solidement assurée par ses attaches.

§ II. — Symptômes.

Dans quelques cas, comme le fait observer Hensley, il ne se produit aucun symptôme appréciable, excepté peut-être un écoulement menstruel un peu plus abondant, une disposition plus marquée aux avortements chez les femmes mariées. Il est très souvent bien difficile de remonter à l'origine de ce déplacement; il se fait si graduellement, que ce n'est que lorsqu'il devient permanent, et encore après un certain temps seulement, qu'il donne lieu à quelques symptômes locaux ou généraux. D'autres fois, les malades accusent une sensation de descente ou de chute de la matrice, survenant tantôt soudainement, tantôt graduellement. En même temps elles éprouvent des nausées, des vomissements, quelquefois des syncopes; elles se plaignent de douleurs et de tiraillements dans les aines ou au niveau du sacrum (2). Si la rétroflexion devient permanente ou augmente, elle produit souvent de la douleur, de la difficulté ou de la fréquence dans l'acte de la miction, exceptionnellement de la rétention d'urine. Les malades se plaignent d'une douleur sourde, continue, dans le dos, probablement à cause de la compression qu'exerce le fond de l'utérus sur les nerfs sacrés. La douleur s'irradie le long des cuisses; il existe une sensation de pesanteur sur le fondement, avec de la difficulté dans l'acte de la défécation, comme on le voit dans les observations de Beatty. Il y a généralement un écoulement blanc abondant quand la maladie a duré un certain temps; les règles peuvent être profuses ou douloureuses; quelquefois elles surviennent dans ces deux conditions; mais il est difficile de dire si ce trouble de la menstruation agit comme cause ou comme effet. La santé générale, en même temps, est plus ou moins en souffrance; l'estomac se dérange, il survient de la constipation, le moral est affaibli, et l'on voit souvent se produire des symptômes hystériques. Le

(1) Virchow, *Ueber die Knickungen der Gebärmutter* (*Verh. der ges. für Gbtskde.*, t. IV, p. 80).

(2) Simpson, *Dublin medical Journal*, mai 1847, et *Clinique obstétricale et gynécologique*, traduit par Chantreuil. Paris, 1874, p. 638.

malaise est beaucoup augmenté par la station debout, la marche ou un effort un peu considérable, et la patiente languit sous le poids de la débilitation morale et physique.

En examinant par le vagin, le doigt tombe sur un corps solide, qui oblitère plus ou moins le passage. On trouve alors le col utérin, soit à peu près dans sa situation normale, soit un peu plus antérieurement : en enfonçant le doigt plus avant, on rencontre une tumeur située en arrière, se continuant avec le col et qui n'est pas autre chose que le fond même de l'utérus. Cette tumeur est plus ou moins arrondie et forme dans la rétroflexion, à son point de jonction avec le col, un angle dont l'ouverture est variable. C'est entre la partie postérieure du vagin et le rectum qu'on la trouve. A l'examen par le rectum on trouve d'autres détails, mais c'est par l'emploi de la sonde utérine que l'on arrive à la démonstration positive de la rétroflexion. Si l'on introduit l'instrument dans le col, la concavité étant tournée du côté de la symphyse du pubis, on se trouve immédiatement arrêté et, pour passer plus loin, il faut redresser la tumeur que l'on a sentie en arrière et tourner la concavité de l'instrument. Du reste, il ne pénètre pas tout d'abord, et il faut en porter l'extrémité de côté et d'autre. L'usage de la sonde utérine ne donne lieu à aucune douleur si l'on sait bien s'y prendre; mais si elle est maniée sans précaution, il peut en résulter des accidents graves. Quand on touche par le rectum, la pression du doigt sur le fond de l'utérus ne cause non plus aucune douleur, mais si l'on remonte au-dessus, on rencontre un point douloureux qui correspond exactement à l'ovaire et se présente, du reste, sous la forme d'un corps ovale.

La conséquence la plus importante de la rétroflexion est la stérilité. Il est peu probable, pour ne pas dire impossible, à cause des obstacles mécaniques, que la conception puisse avoir lieu dans le cas de rétroflexion. Rigby (1) a noté en pareil cas l'engorgement et l'inflammation chronique des ovaires, principalement de l'ovaire gauche. Sur treize cas, il a noté une déviation du fond de l'utérus à gauche neuf fois; en outre l'ovaire était comprimé et malade. Il peut aussi y avoir, en pareil cas, de la congestion du col avec érosion. Enfin, comme symptômes plus éloignés, la santé générale s'altère graduellement à la suite de ce déplacement.

§ III. — Diagnostic.

Selon Safford Lee (2), la rétroflexion peut être confondue avec les maladies suivantes :

I. *Avec la rétroversion.* — Dans la rétroversion le col est dirigé en avant vers le pubis; dans la rétroflexion, il est encore derrière le pubis,

(1) Rigby, *Medical Times*, 1846.

(2) Safford Lee, *Med. Gazette*, 29 juin 1848.

mais dirigé de haut en bas et, de plus, il forme un angle avec le corps de l'organe.

II. *Avec les tumeurs de l'ovaire.* — Grâce à la sonde utérine, on reconnaît facilement si la tumeur appartient ou non à l'utérus. Cependant, quand il y a à la fois rétroflexion et affection de l'ovaire, le diagnostic est difficile. La sonde est encore utile en pareil cas pour aider à faire la part de chaque lésion.

III. *Avec les tumeurs fibreuses de la paroi postérieure de l'utérus.* — Par le toucher on ne peut, en pareil cas, arriver au diagnostic, puisqu'on trouvera tout à la fois une tumeur postérieure et un angle à la réunion du corps et du col. C'est encore seulement à la sonde qu'il faut avoir recours; en cas de tumeur fibreuse, elle pénètre directement dans l'utérus.

§ IV. — Traitement.

Ce n'est, on peut le dire, que dans ces dernières années que l'on s'est occupé du traitement des déviations utérines, depuis que les

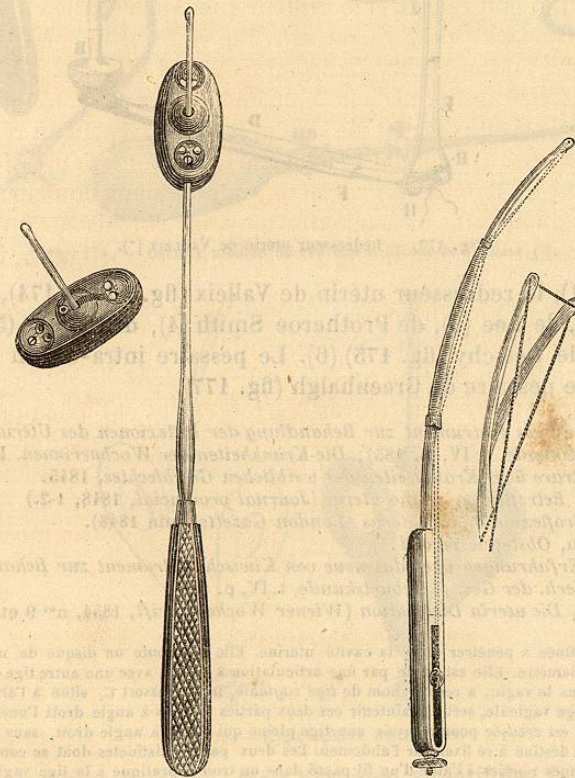


Fig. 171. — Redresseur utérin de SIMPSON.

Fig. 172. — Redresseur de KIWISCH.

travaux modernes sont venus jeter plus de lumière sur la nature de

ces maladies. Par suite, du reste, des opinions diverses qui ont tour à tour prédominé, ce traitement a singulièrement varié: pour les uns, il devait être presque uniquement mécanique; pour les autres, ce devait être un traitement médicamenteux, tant général que local.

Au point de vue mécanique, divers appareils ont été proposés, dont il nous semble inutile de donner une description détaillée, ce sont: le pessaire utérin de Simpson (fig. 171), le redresseur de Kiwisch

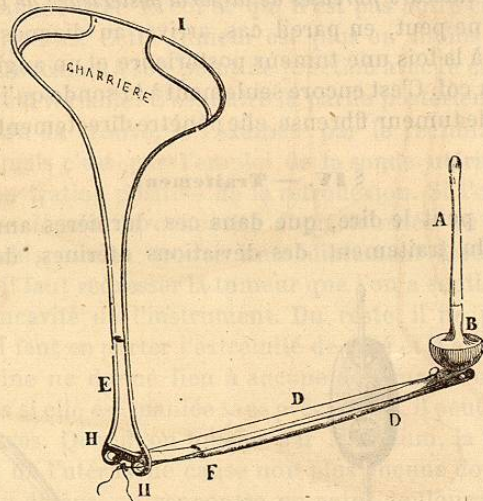


Fig. 173. — Redresseur utérin de VALLEIX (*).

(fig. 172) (1), le redresseur utérin de Valleix (fig. 173 et 174), celui de Hensley (2), de Lee (3), de Protheroe Smith (4), de Mayer (5), l'hystérophore de Detschy (fig. 175) (6). Le pessaire intra-utérin d'Eklund (fig. 176), le pessaire de Greenhalgh (fig. 177).

(1) Kiwisch, *Neues Instrument zur Behandlung der Inflexionen des Uterus* (Verh. d. Ges. f. Geburtskunde, t. IV, p. 185); *Die Krankheiten der Wochnerinnen*. Prag, 1841; *Klinische Vorträge über Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*, 1845.

(2) Hensley, *Retroflexion of the uterus* (Journal provincial, 1848, 1-2).

(3) Lee, *Retroflexion of the uterus* (London Gazette, juin 1848).

(4) P. Smith, *Obstetric record*.

(5) Mayer, *Erfahrungen über das neue von Kiwisch Instrument zur Behandlung der Inflexionen* (Verh. der Ges. f. Geburtskunde, t. IV, p. 190).

(6) Detschy, *Die uterin Dislocation* (Wiener Wochenschrift, 1854, n° 9 et 12).

(*) A, tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine. Elle surmonte un disque de métal B, de 2 centimètres de diamètre. Elle est tenue par une articulation à ressort avec une autre tige de métal qui devant rester dans le vagin, a reçu le nom de *tige vaginale*, D. Le ressort C, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une sur l'autre. La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation, avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réunies à l'aide d'un fil passé dans un trou F pratiqué à la tige vaginale, près de l'articulation; ce fil CC est noué sur le plastron E. Le plastron est fixé le long de l'abdomen, à l'aide de deux liens situés à sa partie supérieure et formant ceinture; deux autres liens, devant servir de sous-cuisses, sont attachés à sa partie inférieure, près du point sur lequel doit être noué le fil qui unit les deux portions de l'instrument H, H.

A en croire les auteurs de ces divers instruments, le succès semblait

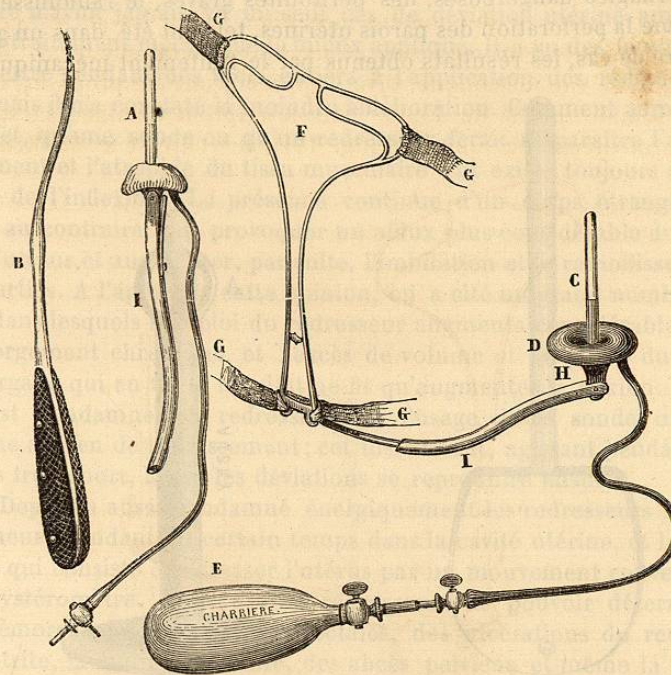


Fig. 174. — Dernier modèle du redresseur utérin de VALLEIX (*).

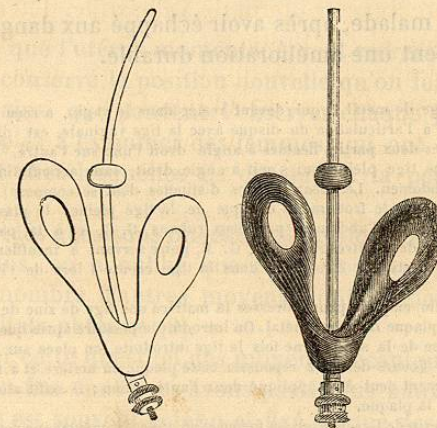


Fig. 175. — Hystérophore de Detsch.

devoir être toujours assuré; mais l'examen attentif des faits a bientôt

(*) A, tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine. Elle surmonte un disque de métal de 2 centimètres de diamètre et se termine en bas par deux saillies circulaires, entre lesquelles doit se placer le disque creux de caoutchouc D. Cette première partie de l'appareil est unie par une articulation à

fait justice de leurs assertions. Des coliques utérines violentes, des hémorrhagies dangereuses, des péritonites graves, le ramollissement et même la perforation des parois utérines, tels ont été, dans un grand nombre de cas, les résultats obtenus par le traitement mécanique, et

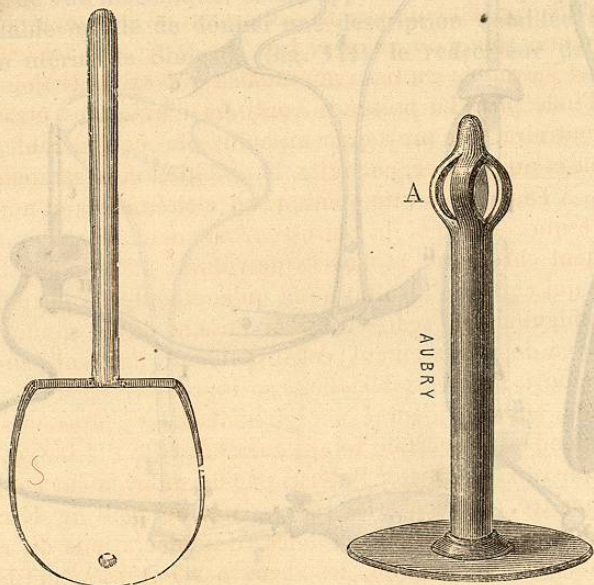


Fig. 176. — Pessaire intra-utérin d'EKLUND*. Fig. 177. — Pessaire de GREENHALGH**.

cela sans que la malade, après avoir échappé aux dangers immédiats, obtienne seulement une amélioration durable.

ressort avec une autre tige de métal I, qui, devant rester dans le vagin, a reçu le nom de *tige vaginale*. Le ressort H, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, est disposé de telle sorte qu'il sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une sur l'autre. La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation, avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réunies seulement par le frottement conique de la tige pleine: le plastron F est fixé à sa partie supérieure, le long de l'abdomen, par deux rubans G, G, et à la partie inférieure, pour servir de sous-cuisses, par deux autres rubans G, G, E, poire servant à insuffler le disque de caoutchouc D; — B, manche destiné à être placé dans la tige creuse I lors de l'introduction de l'instrument.

(*) Eklund (de Stockholm) emploie pour redresser la matrice une tige de zinc de 4 à 6 centimètres de longueur soudée sur une plaque de même métal. On introduit le pessaire après que l'on a préalablement redressé l'utérus au moyen de la sonde. Une fois la tige introduite, on place sur la face antérieure de la plaque un fort tampon d'ouate destiné à repousser cette plaque en arrière et à faire basculer la tige en avant. Le même instrument peut être appliqué dans l'antéversion; il suffit alors d'insinuer le tampon d'ouate en arrière de la plaque.

(**) Le pessaire intra-utérin de Greenhalgh est formé d'un tube de caoutchouc souple de 6 centimètres de longueur, fermé à son extrémité utérine et terminé à l'autre par une rondelle de caoutchouc souple. A un centimètre de son extrémité fermée, le tube est percé de quatre fentes longitudinales et formé sur ce point au renflement A, semblable aux crevés que l'on portait autrefois aux manches des vêtements. Pour introduire le pessaire on insinue dans le tube une sonde de sinus de petit calibre et l'on tend ce tube de façon à effacer le renflement.

Le pessaire est recommandé dans la dysménorrhée d'origine mécanique; dans l'antéflexion et la rétroflexion.

Cette opinion, qui est aujourd'hui partagée par la majorité des médecins de Paris, est aussi celle des médecins étrangers. Scanzoni (1) déclare n'avoir jamais vu un seul cas de déviation utérine amélioré par le traitement mécanique le mieux appliqué. Il a vu des femmes se soumettre pendant des mois entiers à l'application des redresseurs, et jamais il n'a constaté la moindre amélioration. Comment admettre, en effet, qu'une sonde ou qu'un redresseur ferait disparaître l'amin-cissement et l'atrophie du tissu musculaire qui existe toujours sur le point de l'inflexion? La présence continue d'un corps étranger ne peut, au contraire, que provoquer un afflux plus considérable du sang vers l'utérus et augmenter, par suite, l'imbibition et le ramollissement des parties. A l'appui de cette opinion, on a cité un grand nombre de faits dans lesquels l'emploi du redresseur augmenta considérablement l'engorgement chronique, et l'excès de volume et de poids du fond de l'organe qui en fut le résultat ne fit qu'augmenter la flexion.

West condamne les redresseurs et l'usage de la sonde utérine comme moyen de redressement; cet instrument, agissant pendant un temps trop court, laisse les déviations se reproduire ensuite.

M. Depaul a aussi condamné énergiquement les redresseurs laissés à demeure pendant un certain temps dans la cavité utérine, et la méthode qui consiste à redresser l'utérus par un mouvement convenable de l'hystéromètre. Il accuse les redresseurs de pouvoir déterminer des hémorrhagies, des fissures rectales, des ulcérations du rectum, la métrite, la métrite-péritonite, des abcès pelviens et même la mort. « De plus, dit M. Depaul, les faits qui ont été produits pour démontrer l'efficacité du traitement par les redresseurs intra-utérins ont été mal interprétés.

« En affirmant que l'utérus momentanément redressé avait dans la majorité des cas conservé la position nouvelle qu'on lui avait donnée, on s'est trompé, ainsi que peuvent l'observer chaque jour les médecins qui sont appelés à examiner des femmes qui ont été soumises à ce traitement, et chez lesquelles ils constatent la persistance de la déviation.

« En attribuant les guérisons ou les améliorations observées aux pessaires intra-utérins, on a oublié que concurremment, on avait employé un grand nombre d'autres moyens dont l'action bien connue explique les résultats obtenus (2). »

Pour bien juger cette question des moyens mécaniques, il faut avoir encore égard à un fait dont nous avons parlé plus haut. Le fond de la matrice infléchi est souvent retenu et fixé à l'une des parois du bas-

(1) Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels*, trad. de l'allemand. Paris, 1858, p. 88.

(2) Depaul, *Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins* (Bull. de l'Académie de médecine, 1854).