

ghauser, a publié également dans les Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie (mars 1837), plusieurs observations de rétroversion de la matrice chez des femmes nullipares ou vierges. La plupart de ces faits, revêtus de toute l'authenticité désirable, sont tirés de la pratique de MM. *Brunnighausen* de Würzburg, *Schmitt* de Vienne, *Schneider* de Balby, *Kirschner* de Pœneck; enfin, le traité des maladies de l'utérus, publié par Madame *Boivin* et M. *Dugès*, nous donnent l'histoire de trois cas de rétroversion dans l'état de vacuité. Ce déplacement n'est donc pas aussi rare qu'on le pense généralement hors le temps de la grossesse.

L'antéversion et la rétroversion peuvent s'opérer lentement ou d'une manière subite. Dans le premier cas, les accidents sont d'abord légers, et ils augmentent chaque jour d'intensité en suivant une marche graduée; tandis que dans le second cas, la déviation de l'utérus s'annonce tout-à-coup par des symptômes alarmants, si surtout c'est une rétroversion. Les causes prédisposantes des déplacements qui ont lieu lentement sont: la mobilité naturelle de la matrice, un certain degré d'étroitesse du bassin, une forte courbure du sacrum, une saillie prononcée de l'angle sacro-vertébral, la pression lente et prolongée des intestins sur le fond et sur l'une des faces de l'utérus. Les accidents qui surviennent sont moins

en raison de l'étendue de la déviation, que du volume de la matrice comparé au diamètre antéro-postérieur du bassin. En supposant l'organe gestateur dans l'état de vacuité et la cavité pelvienne d'une grandeur ordinaire, lorsque le déplacement se fait d'une manière graduée, la femme éprouve d'abord une pesanteur incommode dans le bassin; puis insensiblement les aînes, les lombes, les cuisses, deviennent le siège de tiraillements et de douleurs de plus en plus vives; bientôt les symptômes de l'état inflammatoire de la matrice se manifestent, les souffrances deviennent plus aiguës, la menstruation se déränge, augmente ou diminue; un écoulement leucorrhœique parfois sanguinolent a lieu dans l'intervalle des règles; les digestions sont pénibles, l'appétit se perd, l'embonpoint disparaît, les forces diminuent; enfin, il survient souvent un état fébrile qui est quelquefois très fort et continu, et qui, dans d'autres cas, est léger et caractérisé seulement par de la chaleur et de l'agitation le soir et pendant la nuit. Si la cessation des règles a lieu naturellement, la femme se trouvant à l'âge critique, les déviations utérines peuvent cesser d'avoir des effets sensibles, et souvent tous les accidents se calment peu à peu, parce que l'utérus a diminué de volume en perdant une partie de sa vitalité.

Aux accidents que nous venons de signaler, vient toujours se joindre un sentiment de pression sur le

col de la vessie et sur le rectum, d'où résultent de fréquents besoins d'uriner et d'aller à la garde robe. Lorsque le fluide vésical parvient à surmonter l'obstacle, son jet est bientôt entre-coupé et s'arrête brusquement; et comme le déplacement augmente toujours en raison des efforts que fait la malade pour vider la vessie et le rectum, tous les accidents redoublent d'intensité, et il survient une rétention complète de l'urine et des matières fécales. Lorsque le volume de la matrice est augmenté par la grossesse ou un engorgement utérin, les accidents se présentent d'une manière moins équivoque, la constipation et la rétention de l'urine sont souvent complètes en très peu de temps, ce qui arrive surtout entre le troisième et le quatrième mois de la gestation. Cependant, d'après une observation de *Smellie* (1), celle publiée par *Hunter* (2) et celle de *Meckel*, rapportée par *Voigtel* (3), le terme où une déviation de l'utérus est possible, peut être porté jusqu'au cinquième mois. On cite même, d'après *Barlett* (4), un exemple de rétroversion au septième mois; ce fait et ceux rapportés par *Mériman* (5), qui croit avoir observé plusieurs fois cette déviation utérine, même

(1) Traité des accouch. Tom. II. pag. 150.

(2) Icones uteri hum. grav. Tom. XXVI.

(3) *Desormeaux*. Dict. 21. vol. article *uterus* pag. 150.

(4) Bibliothèque médicale Tom. LXXVI. pag. 125.

(5) A synopsis of various kinds of diff. partur. pag. 66. et 244.

à la fin de la gestation, étaient sans doute des obliquités postérieures de l'utérus, signalées depuis longtemps sous la dénomination de positions sus-pubiennes ou obliquités postérieures du fœtus (1), ou bien des grossesses extra-utérines présentant une poche fœtale, qui refoulait en haut la matrice vide et rendait ainsi son orifice presque inaccessible.

Comme vers la fin du quatrième mois l'axe longitudinal de l'organe gestateur égale et surpasse de quelques lignes le diamètre sacro-pubien de la cavité pelvienne, il résulte que non seulement le déplacement ne peut plus avoir lieu après cette époque, mais que, lorsqu'il existe alors, le rectum, le col de la vessie et le canal de l'urètre se trouvent affaissés et si fortement comprimés, que l'utérus enclavé dans le bassin, et se moulant en quelque sorte contre les parties qui lui opposent de la résistance, s'engorge et s'enflamme, en aggravant encore tous les symptômes déjà si alarmants de la rétroversion.

Quand le renversement s'opère subitement, il est presque toujours déterminé par des contractions violentes et soudaines des puissances musculaires abdominales et diaphragmatiques, telles que celles qui résultent des efforts du vomissement, de l'expulsion de l'urine et des excréments, d'une violence extérieure, d'une chute, d'un coup, d'une forte com-

(1) Prat. des accouch. de M^{me} *Lachappelle*, T. III. pag. 295.

pression sur la région hypogastrique (1), d'une frayeur subite (2), produisant un violent mouvement convulsif du diaphragme.

Il est facile de comprendre pourquoi les déviations utérines ont une marche plus rapide et des conséquences plus fâcheuses pendant la grossesse. Mais comme l'antéversion est extrêmement rare pendant cet état physiologique de la femme, nous allons nous contenter d'ajouter à ce que nous avons déjà dit, seulement les caractères qui sont propres à la rétroversion pendant la gestation.

Les causes que nous avons signalées comme pouvant déterminer la rétroversion pendant la vacuité de l'utérus, agissent toujours plus fortement chez les femmes enceintes. Selon *Hunter, Denman, Meriman, Callisen, Boer, Sibergundi*, la rétention de l'urine dans la vessie est la cause la plus ordinaire de cette déviation de l'utérus. Ce symptôme, qui pendant la grossesse est, en réalité, un des premiers qui annonce la rétroversion, peut être à la fois une cause et un effet de la maladie, et il est difficile de distin-

(1) *Desgranges* de Lyon dans son mémoire couronné par l'Académie de Chirurgie rapporte un cas de rétroversion de l'utérus, déterminée par la pression d'un chaudron rempli de linge mouillé.

(2) Dans le quatrième volume des *Medical observations and inquiries*, *Hunter* donne l'histoire d'une jeune femme qui éprouva subitement tous les accidents de la rétroversion, à la suite d'une grande frayeur.

guer si c'est la distension de la vessie qui fait basculer la matrice en soulevant son col, ou, au contraire, si c'est l'organe gestateur entraîné par son propre poids, ou une autre cause qui, comprimant alors le col de la vessie et le canal de l'urètre, s'oppose à la sortie de l'urine.

Lorsque la rétroversion a lieu pendant la grossesse, le méat urinaire est tellement retiré derrière le pubis, qu'on a peine à le trouver, et le canal est si fortement comprimé contre la symphyse, que, le plus souvent, il est impossible d'y faire pénétrer une sonde, même aplatie. L'issue de l'urine, qui a quelquefois lieu par regorgement, est le plus souvent tout-à-fait arrêtée, de sorte que la distension de la vessie peut devenir extrême au point de se rompre, comme *Smelie, Vandæveren* et *Lyne* en ont rapporté des exemples.

Le rectum est également si fort comprimé, que la plus petite parcelle de matières stercorales ne peut sortir, et que la malade est dans l'impossibilité de recevoir des lavements. Il existe alors en même temps une tuméfaction douloureuse dans les parties génitales externes; et si l'on pratique le toucher vaginal, on trouve l'utérus situé, comme nous l'avons indiqué, plus haut et la paroi antérieure du vagin très distendue, tandis que la postérieure est lâche et plissée: le contraire aurait lieu si la déviation était une antéversion au lieu d'une rétroversion.