

§ VI. — Traitement.

Dans la tuberculisation utérine comme dans la phthisie pulmonaire, la médecine n'offre que des ressources bien limitées, mais la phthisie est curable; pourquoi n'en serait-il pas de même de la phthisie génitale? Les mêmes moyens devront être mis en usage: toniques, reconstituants, antiscrofuleux. Ainsi, l'huile de foie de morue, les préparations iodées, les bains sulfureux, etc., l'exercice modéré au grand air, le séjour à la campagne, et enfin les eaux minérales sulfureuses, celles des Pyrénées prises en boisson, en bains et en douches, auront de grands avantages; quelle que soit la médication à laquelle on aura recours, on ne devra jamais perdre de vue l'état des organes thoraciques. En somme, tous les moyens qui tendront à maintenir ou à rétablir l'intégrité des fonctions digestives et à soutenir les forces de la malade seront toujours les plus utiles, sauf à tenir compte des indications du moment. Par exemple, l'invasion d'un de ces accès de pelvi-péritonite dont nous avons parlé viendra évidemment modifier le traitement. Dans ce cas, on traitera la complication inflammatoire comme si elle était indépendante de toute altération tuberculeuse, sans oublier toutefois que l'état des forces est à ménager et que les rechutes sont fréquentes.]

CHAPITRE X

ANTÉFLEXION ET ANTÉVERSION DE L'UTÉRUS (1)

§ I. — Anatomie normale.

Avant de décrire les divers déplacements pathologiques que l'on rencontre, nous appellerons d'abord l'attention des médecins sur plusieurs dispositions d'anatomie normale.

(1) BIBLIOGRAPHIE: William Hunter, *Remarks on wall's case (Medical observ. and inquiries)*. London, 1771, vol. IV, p. 338 et suiv.), et *Anatomia uteri humani gravidi*. Birmingham, 1774. — Jourdan, *Dict. des sciences méd.* Paris, 1818, t. XXIII, p. 275, art. HYSTÉROLOGIE. — Ameline, *Essai sur l'antéversion de l'utérus*, thèse. Paris, 1827, n° 55. — Nauche, *Des maladies particulières aux femmes*. Paris, 1829, t. I. — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 195. — Hervez de Chégoin, *De quelques déplacements de la matrice et des pessaires (Mém. de l'Acad. de médecine)*. Paris, 1833, t. II, p. 319. — Gooch, *Lectures on midwifery*, edited by Skinner, p. 117 et 119. — Dezanneau, *De l'obliquité antérieure de la matrice*. Paris, 1835. — Lacroix, *De la rétroversion et de l'antéversion (Annales de la chirurgie)*. Paris, 1845, t. XIII, p. 420. — Desormeaux et P. Dubois, *Dictionnaire de médecine en 30 volumes* t. XXX. Paris, 1846, p. 373. — Baud, *Déviations et engorgements de l'utérus*. Paris 1850. Voy. rapport de M. Hervez de Chégoin (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, 1849, p. 58), et discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part MM. Gibert, Velpeau, Malgaigne, Moreau, Jobert, A. Robert, Huguier, P. Dubois, Récamier. —

I. Je pense que chez la femme l'obliquité du bassin est plus grande que chez l'homme. Chez la femme en position debout, la face antérieure de la symphyse est presque horizontale; on reconnaît cette disposition à la simple inspection. De plus, je pense que l'axe de la circonférence supérieure est beaucoup plus horizontal qu'on ne l'avait cru, et que cette disposition persiste dans la position assise.

II. En dehors de l'état de grossesse, je pense que l'axe de l'utérus correspond ordinairement à celui du détroit supérieur; que, bien loin de se continuer avec celui du vagin, cet axe est presque à angle droit avec l'axe vaginal; mais comme l'utérus n'est pas maintenu en place d'une manière absolue par ses ligaments, et, d'autre part, comme la vessie et le rectum changent sans cesse de forme et, par suite, de position, il résulte que l'utérus a une certaine latitude dans les mouvements, et que bien des changements de positions sont sans importance, du moment qu'ils sont temporaires (fig. 130).

III. Au premier degré d'un changement permanent et, par suite, nuisible dans la position de l'utérus, l'organe, par l'effet d'une cause quelconque, prend une direction plus verticale, qu'il y ait ou non une dépression; ce changement de position est le début d'un prolapsus ou d'une rétroversion.

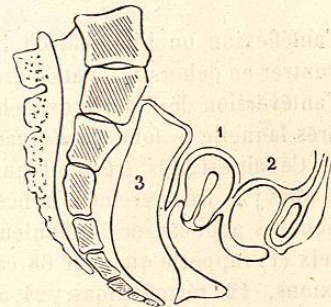


Fig. 130. — Coupe du bassin à l'état de vacuité (*).

IV. Le moindre changement en ce sens donne lieu à des symptômes morbides notables. L'examen direct et les renseignements fournis par les malades le prouvent. Les premiers symptômes sont quelquefois ceux auxquels donnerait lieu l'abaissement de l'organe, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et cela même chez des jeunes filles vierges. La preuve en est qu'on fait disparaître les douleurs en poussant en avant le fond de l'utérus, de manière à le ramener à son axe normal. En général, si l'on déprime l'utérus, on augmente la sensation de pesanteur; quelquefois cependant cette dépression ne donne lieu à aucune gêne ni à aucune douleur: les femmes marchent ou se tiennent debout, comme dans le meilleur état de santé, pourvu toutefois que l'axe de l'organe ne

Grimaud, *De l'antéversion de la matrice à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852. — Piachaud, *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852. — Cusco, *De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853. — Guyon (Félix), *Des cavités de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1858. — J. P. Picard, *Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité*. Paris, 1862, avec figures.

(*) 1, utérus; 2, vessie; 3, rectum. (CHAILLY.)

soit pas dérangé. On trouve souvent un engorgement de l'extrémité du col, ce qui est une cause que le col vient appuyer sur le périnée. J'ai souvent rencontré cette disposition sans qu'il en résultât aucun inconvénient pour la malade.

Il faut donc tenir grand compte de la direction de l'axe utérin, aussi bien que de sa position générale dans le bassin.

§ II. — Définition.

L'antéflexion (fig. 131) et l'antéversion (fig. 132) de l'utérus, sont des déplacements par suite desquels l'utérus occupe une position transversale dans le bassin, le fond étant tourné vers la symphyse du pubis.

§ III. — Fréquence.

L'antéflexion ou l'inclinaison du corps de l'utérus sur le col peut se rencontrer en dehors de l'état de grossesse, bien que le fait soit rare.

L'antéversion de l'utérus en dehors de la grossesse est une disposition d'après laquelle le fond de l'organe est projeté en avant et le col en arrière. Ce fait est plus fréquent qu'on ne l'avait supposé. J'avoue cependant que j'ai très-rarement rencontré des déviations de ce genre assez prononcées pour causer des douleurs en dehors des affections organiques. Valleix (1) rapporte que, sur 68 cas de déviations utérines, il a vu 11 antéflexions, 12 rétroflexions, 24 antéversions avec ou sans flexion, et 21 rétroversions avec ou sans flexion.

Paul Dubois (2) considère la rétroversion comme plus fréquente que la rétroflexion. Boulard a fait à ce sujet des recherches très-curieuses. Il a vu que chez le fœtus l'utérus est presque toujours en antéflexion; et sur 27 femmes adultes n'ayant jamais eu d'enfant, 19 filles de deux à treize ans, 17 fœtus femelles à terme, il a trouvé presque constamment de l'antéflexion (3). Ces observations, combattues par M. Depaul (4), ont été confirmées par M. Porchat.

[M. Verneuil et Follin ont également constaté que l'antéflexion existait à l'état physiologique chez l'enfant nouveau-né et chez la femme vierge. Aran a noté cette disposition anatomique à un moindre degré chez la

(1) Valleix, *Leçons cliniques sur les déviations utérines* (Bulletin général de thérapeutique, 1851 et 1852; *Leçon faite à l'hôtel-Dieu de Toulouse*, recueillie et rédigée par M. Gaussail (Journal de médecine de Toulouse, 1851); *Des déviations utérines, leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié*, recueillies et rédigées par M. Gallard (Union médicale, 1852); *Gazette des hôpitaux*, 1852, nos 54, 123, et 1854, nos 47, 50 et 67; *Guide du médecin praticien*, 5^e édition. Paris, 1865, t. V.

(2) Paul Dubois, *Gazette médicale*, 4 novembre 1850. — Comparez Deville, *Sur la fréquence des anté et rétroflexions de l'utérus* (Revue médico-chirurgicale, 1840).

(3) Boulard, *De l'antéflexion* (Revue méd.-chir., juin 1853, vol. XIII, p. 341); *Quelques mots sur l'utérus*, thèse. Paris, 1853.

(4) Depaul, *Gazette des hôpitaux*, 25 mars 1854.

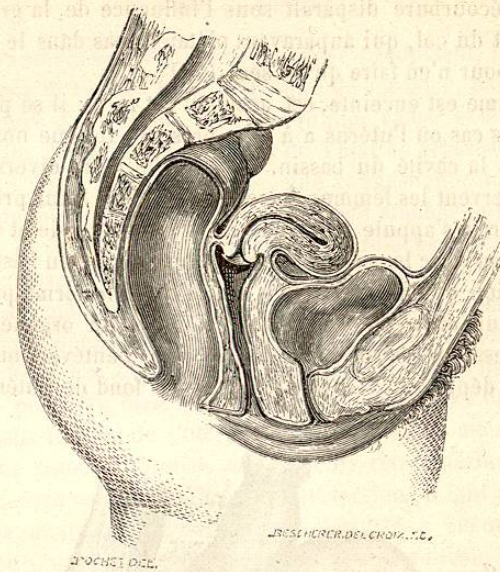


Fig. 131. — Antéflexion de l'utérus.

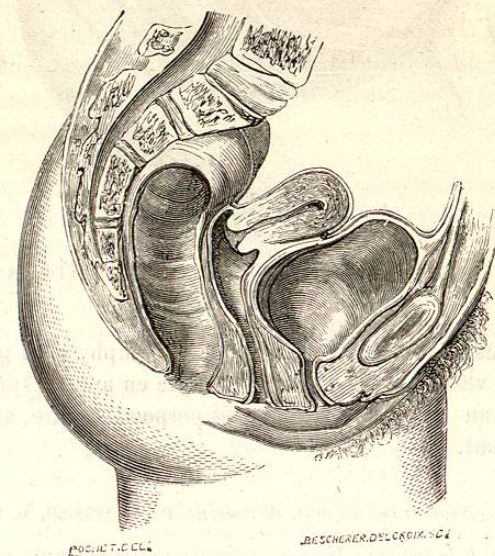


Fig. 132. — Antéversion de l'utérus.

femme qui a eu des rapports sexuels, et la désigne sous le nom d'*antécourbure*. Cette antécourbure disparaît sous l'influence de la grossesse. Les axes du corps et du col, qui auparavant n'étaient pas dans le même plan, se confondent pour n'en faire qu'un seul (4).]

Quand la femme est enceinte, cet accident est rare : il se présente seulement dans les cas où l'utérus a à peu près son volume normal et qu'il est encore dans la cavité du bassin. Il y a d'ailleurs diverses circonstances qui préservent les femmes de ce déplacement. Situé près du détroit supérieur, l'utérus s'appuie antérieurement sur la vessie et se trouve en arrière en contact avec le rectum. La situation oblique du bassin favoriserait la production de l'antéversion, n'était l'obstacle formé par la vessie, souvent distendue, et la réflexion du péritoine, d'un organe sur l'autre. Tant que la vessie renferme beaucoup d'urine, l'antéversion est impossible. Quand ce déplacement a lieu (fig. 133), le fond de l'utérus vient an-

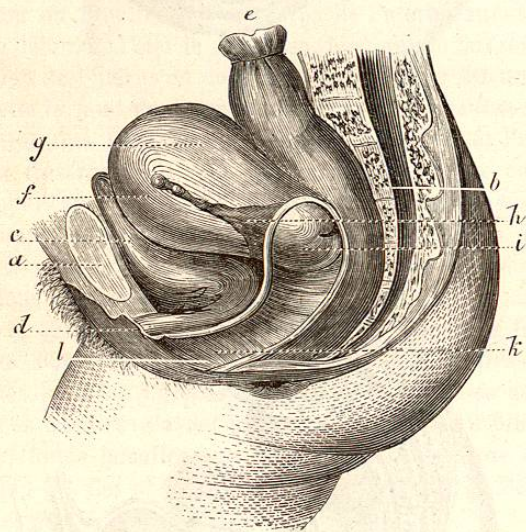


Fig. 133. — Coupe du bassin vu de profil, représentant l'antéversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse (*).

térieurement jusqu'à la face postérieure de la symphyse du pubis et presse sur le col de la vessie; le col utérin s'applique en arrière sur le rectum, et ainsi l'organe, au lieu d'être à peu près perpendiculaire, se trouve placé transversalement.

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les mal. de l'utérus*. Paris, 1858-60, p. 981.

(*) a, pubis droit; b, le sacrum; c, la vessie; d, l'urèthre; e, le rectum; f, coupe de la trompe et du ligament du côté gauche de l'ovaire; g, corps de l'utérus; h, portion latérale de l'utérus qui n'est point recouverte du péritoine; i, museau de tanche; k, le vagin. (Bovis et Ducès, *Atlas*, pl. XI, fig. 4.)

§ IV. — Causes.

Pour que l'antéversion ou l'antéflexion se produisent, il faut que le fond de l'utérus devienne plus lourd que de coutume, par rapport à la portion inférieure de l'organe, ou bien qu'une cause extérieure vienne déterminer cette déviation. En dehors de l'état de grossesse, l'hypertrophie chronique de la paroi antérieure, une congestion considérable, des tumeurs développées dans cette paroi, peuvent amener le renversement. La vacuité de la vessie, un effort soudain, le relâchement des ligaments par suite de grossesses antérieures, sont autant de causes favorables. La grossesse, en augmentant le poids du fond de l'utérus, remplit aussi une des conditions indispensables; mais le déplacement ne peut se produire que pendant les deux ou trois premiers mois. Quelquefois on a reconnu que la cause première était une accumulation de fèces dans le rectum, venant peser sur le fond de l'utérus; d'autres fois une attaque de métrite chronique, une tumeur fibreuse, des tumeurs rétro-utérines ou, suivant Valleix, une fausse couche, amènent l'antéversion; il faut aussi admettre que les tissus environnants se sont relâchés. On a encore cité comme causes un coup, une chute, les secousses d'une voiture trop dure, une diarrhée rebelle; mais il est clair qu'il faut des causes plus énergiques pour produire l'antéversion que pour la rétroversion.

[Après l'accouchement, à cette époque où l'utérus encore volumineux n'ayant pas encore parcouru toutes les phases de son évolution régressive, a de la tendance à se porter en avant et à droite, une pelvipéritonite se déclare et peut fixer l'organe dans ses rapports anormaux. M. Paul Picard nous fournit une observation remarquable, due à Natalis Guillot, et qui montre l'influence de l'inflammation péritonéale sur la position de l'utérus après l'accouchement.

OBSERVATION I. — *Antéflexion produite par des fausses membranes unissant la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie. Hypertrophie de l'utérus consécutive à l'accouchement.* — Une femme de vingt-huit ans, après un accouchement régulier, éprouve, deux jours après la parturition, des douleurs abdominales très-vives, la pression exaspère ces douleurs; l'utérus, qui atteint l'ombilic, est très-sensible, le ventre se météorise, il y a des hoquets, des vomissements verdâtres; le pouls est petit, filiforme, très-rapide. On la traite par des sinapismes aux jambes, par des bains, des frictions belladonnées.

Cet état dura trois semaines environ; il s'améliora sensiblement; à cette époque, l'utérus dépassait de quatre travers de doigt les pubis, il était possible de le déprimer, mais en provoquant de vives douleurs. Elle sort deux mois après; elle est fort constipée, ne va à la garde-robe que tous les deux ou trois jours; dans la station verticale, elle sent des douleurs dans la matrice, la moindre secousse provoque chez elle des envies d'uriner très-douloureuses, la fin de la miction est surtout pénible; elle accuse des douleurs très-vives dès qu'elle saute; par le toucher, on constate que le col est très-volumineux,

la première phalange pénètre dans son intérieur; un peu de douleur à la pression; on sent l'utérus dans le cul-de-sac antérieur, il est toujours volumineux et dépasse de deux travers de doigt la symphyse du pubis.

Au bout de quatre mois, cette femme rentre à l'hôpital: elle a des tubercules dans les deux poumons, le ventre n'est pas douloureux, mais le toucher vaginal et le palper abdominal permettent de constater le volume anormal de l'utérus qui est antéfléchi. La malade ne peut marcher droit, elle éprouve une grande pesanteur dans l'abdomen, des tiraillements dans les aines et des douleurs dans les reins et dans les lombes, elle se plaint d'une leucorrhée très-abondante; la malade souffre horriblement quand elle va à la garde-robe; la miction est difficile, mais moins douloureuse; tout mouvement brusque, un

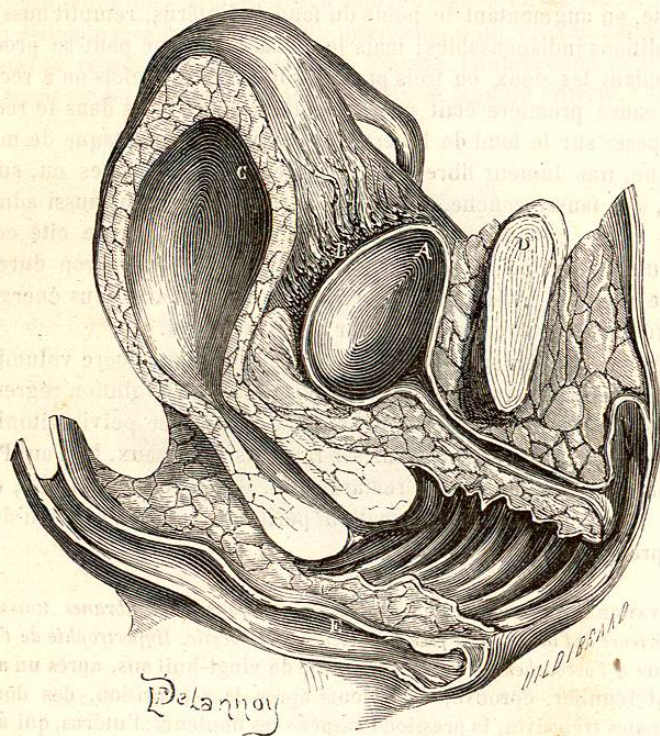


FIG. 134.— Antéflexion produite par des fausses membranes unissant la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie. — Hypertrophie de l'utérus consécutive à l'accouchement (*).

sol inégal, un éternement, etc., lui causent une secousse pénible. Elle n'a pas eu ses règles depuis sa délivrance, et ne nourrissait pas. Cette femme succombe rapidement à une phthisie galopante. Outre les altérations pulmonaires, on trouve à l'autopsie :

L'utérus C, volumineux, fibreux, rougeâtre, jaune en quelques points; les

(*) A, vessie; B, fausses membranes unissant le corps de l'utérus à la vessie; C, utérus hypertrophié; D, symphyse ou pubis; E, rectum. (P. PICARD.)

parois utérines sont hypertrophiées, surtout le fond de la matrice; le col largement dilaté, un peu ulcéré à son orifice, présente une lèvre antérieure plus volumineuse que la postérieure. La flexion porte sur l'orifice interne et surtout sur la paroi antérieure. Des fausses membranes se trouvent sur les intestins, mais on en remarque une certaine quantité blanchâtres, serrées, résistantes, élastiques, B, qui s'étendent de la face postérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus. Ces fausses membranes sont parfaitement organisées, elles sont très-solides, elles ont attiré l'utérus en avant, de telle façon que le corps de l'utérus forme avec le col un angle presque droit; la muqueuse utérine est très-épaisse, rouge violacée, vultueuse. La vessie, A, présente une très-petite capacité, le rectum, E, est un peu rétréci près de l'anus.

Cette observation démontre combien il est important de surveiller le retrait utérin après l'accouchement. M. Pajot (1), dans une série d'articles remarquables reproduisant ses leçons cliniques du premier semestre de 1862, insistait sur ce point: que l'utérus hypertrophié triplait l'étendue du traumatisme utérin, et favorisait le début de l'infection purulente. On voit, par le cas précédent, combien l'inflammation péritonéale peut avoir d'influence sur la position consécutive de l'organe.

Mais la pelvipéritonite ne porte pas seulement sur l'utérus; les ovaires, les trompes, sont quelquefois enlacés dans les replis inextricables des fausses membranes, d'où la gêne dans l'ovulation, les hématoécèles par suite d'oblitérations de la trompe, le développement de l'œuf gêné par la fausse membrane qui entoure l'ovaire. Que devient la fonction menstruelle lorsque l'utérus, les trompes, les ovaires, sont englobés dans un lacis inextricable de fausses membranes qui font un paquet de l'intestin grêle, de l'S iliaque et des organes génitaux? A vrai dire, il n'y a pas d'écoulement de sang, mais la congestion ne s'en fait pas moins chaque mois; et si les règles ne se manifestent pas au dehors, les exacerbations mensuelles, la formation d'abcès provenant tous les vingt-huit jours, les péritonites se développant toutes les quatre semaines viennent rappeler qu'il y a encore des ovaires au milieu de cette tumeur informe qui occupe le bassin.

Dans d'autres cas, les lésions sont moins graves, mais la fécondation est impossible, les ovaires sont repliés en arrière, rabattus dans le compartiment postérieur du petit bassin. Les trompes, sans être oblitérées, sont fixées au ligament large et ne peuvent plus être rapprochées de l'ovaire. Les adhérences des trompes et des ovaires avec l'intestin expliquent ces douleurs atroces, ces traits de feu dont se plaignent les femmes constipées. Peut-être aussi les souffrances intolérables qui accompagnent dans quelques cas le début des menstrues, souffrances survenant brusquement, et que je ne saurais mieux comparer qu'à celles qu'on observe dans la péritonite par perforation, sont-elles dues à des adhérences anormales de l'ovaire et de la trompe.

Ces deux organes sont souvent, dans les flexions anciennes, le siège d'abcès, de kystes, etc.

Desgranges, de Lyon (1), parle d'une antéversion qui succéda à des

(1) Pajot, *Gazette des hôpitaux*, 1862.

(2) Desgranges, *Observations sur la rétention d'urine occasionnée par le renversement ou la position horizontale de la matrice* (*Journal de médecine*, janvier 1783, t. LIX, p. 38).

pressions réitérées que la femme, ouvrière en soie, exerça avec le pied sur l'ensouple (espèce de gros rouleau) de son métier avec une cheville de fer, sans en descendre, ce qui est très-pénible.]

§ V. — Symptômes.

Les symptômes sont peu accusés, sauf en ce qui regarde le dérangement mécanique des parties. Paul Dubois nie que les déplacements entraînent les conséquences qui leur ont été attribuées. Si l'utérus presse beaucoup sur le col de la vessie ou sur l'urèthre, il en résulte de la rétention d'urine (1); mais cet accident est rare. La malade se plaint de difficulté pour uriner, comme pour aller à la garde-robe, mais il est rare qu'on soit obligé de s'en préoccuper. La constipation est quelquefois causée par la pression du col sur le rectum. La malade accuse une pesanteur inaccoutumée dans le bassin, en même temps qu'une douleur à l'hypogastre et au périnée, avec des tiraillements dans les reins; tous ces symptômes sont d'ailleurs aggravés par la marche ou la station debout. Il y a quelquefois de la leucorrhée, et souvent de l'irrégularité dans les périodes menstruelles.

Si l'on touche avec le doigt, on trouve le corps de l'utérus à la partie antérieure et le col en arrière. [Il faut avoir le soin, après avoir touché la

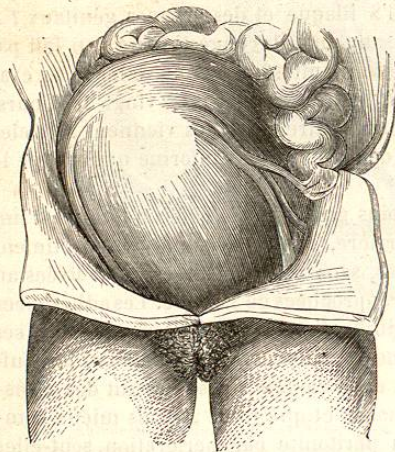


Fig. 135. — Utérus à terme avec sa double obliquité et son dévirement à droite. (Lucien PENARD.)

femme couchée, de répéter l'examen dans la station debout; car la position horizontale suffit quelquefois pour diminuer ou même effacer les courbures anormales.] Si l'on essaye d'introduire la sonde utérine, il faut le faire suivant une direction tout à fait inaccoutumée, l'introduire d'arrière en avant et presque horizontalement. Il faudrait bien se garder d'avoir recours à ce mode d'examen, s'il y a lieu 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'u-

(1) Wauters, *Journal de médecine*, avril 1781, p. 323. — Desgranges, *loc. cit.*

térus 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. 135). 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 perforations 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 foetale 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.* — Levret 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; 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.

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

V. 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 remédiant à l'inflammation, permettra à l'utérus de reprendre sa position normale. Aussi faut-il bien garder en mémoire ce principe, qu'il faut avant tout porter remède à la cause organique 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. Le pessaire à tige est préconisé par Simpson, Valleix et d'autres. Mais je crois que 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 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, me paraît insuffisant, et l'accouchement se terminant sans autre intervention est, suivant moi, retardé au détriment de la malade. L'opinion de Hamilton est bien plus en harmonie avec la mienne lorsqu'il dit (2) : « 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.

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

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

CHAPITRE XI

RÉTROFLEXION ET RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS (1).

Si le lecteur veut bien se rappeler la position normale de l'utérus, il arrivera naturellement à cette conclusion que la rétroversion doit être, de tous les modes de déplacements utérins, le moins commun; et il est certain que la production de ce déplacement exige un singulier concours de circonstances fâcheuses dont je donne ici 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 à mon sens cette dernière cause n'a que peu d'importance, si l'utérus n'est pas augmenté de volume.

§ I. — Historique.

Ces déplacements, rétroversion (fig. 136) ou rétroflexion (fig. 137), sont opposés à ceux précédemment décrits. Il semblerait, d'après Jourdan et Martin (le jeune) (2), qu'ils n'ont pas été inconnus des anciens (3). Quoique leurs vues à cet endroit ne paraissent pas très-nettes, leurs successeurs perdirent tout à fait de vue ces affections, et les travaux de Will. Hunter (1754), en Angleterre; en France, de J.-B. Desgranges, de Lyon (1785) (4),

(1) 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).

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

(3) 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). — Aëtius, *Contractæ ex veteribus medicinarum tetrabiblos*. Basileæ, 1542, IV, serm. 4, caput 77, p. 905. — 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.

(4) J.-B. Desgranges, *Mémoire sur 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.