

mener 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 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. Je ne puis accepter complètement cette assertion, quoique à mon avis cette affection soit plus commune qu'on ne le croyait autrefois. Je crois 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. Je suis heureux de me rencontrer dans mon opinion avec Ashwell (1), Meigs, Oldham, etc.

§ III. — Définition.

Avant de commencer l'histoire de la maladie, je dois avertir mes lecteurs de la confusion à laquelle donne lieu la dénomination. Quelques auteurs, en effet, désignent sous le nom de *rétroflexion* la flexion en arrière du fond de l'utérus sur le col, d'autres nomment ainsi le renversement en arrière et en bas de l'utérus entier. Simpson (2) ne voit dans la rétroflexion et la rétroversion que deux degrés d'un même déplacement.

ARTICLE PREMIER.

RÉTROFLEXION EN DEHORS DE L'ÉTAT DE GROSSESSE

La rétroflexion ou rétroversion peut se produire à toutes les périodes de la vie après la puberté, mais elle paraît plus fréquente après des grossesses répétées ou des avortements (3). Velpeau (4), en 1835, avait déjà observé quinze fois ce déplacement sur des utérus non gravides, mais chez

(1) Ashwell, *Practical treatise of the diseases peculiar to women*. London, 1848.

(2) Simpson, *Dublin Journal*, novembre 1847.

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

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

des femmes multipares. Davis pense qu'il peut résulter d'un vice de conformation ou d'une maladie antérieure. Beatty (1) croit que le point où la flexion se fait est au niveau du col et du corps de l'utérus.

Pour ma part, j'ai constaté les deux modes de déplacements, rétroflexion ou rétroversion, la rétroversion plus souvent peut-être que la rétroflexion; et j'ai de la tendance à croire que celle-ci constitue un degré plus avancé de la maladie.

§ I. — Causes.

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

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

2^o 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. La première phase de cette affection me paraît être la même que lorsqu'il se produit un abaissement, c'est-à-dire une déviation de l'axe de l'utérus. Cet organe est plus lourd à sa partie supérieure; il est incliné, et probablement alors la distension de la vessie et d'autres causes à préciser contribuent-elles à le faire dévier de l'axe du détroit supérieur et à lui faire prendre une position plus verticale.

Dans ces conditions, un effort, même peu énergique, agissant en bas et en arrière, comme dans l'acte de la défécation, produira certainement une rétroversion, et je crois que, l'effort se continuant dans la même direction, la rétroversion dégénérera facilement en rétroflexion.

[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 M. 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

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

accouchement elle se plaignit de douleurs violentes dans le bas-ventre; les douleurs étaient profondes, pongitives, s'irradiaient dans le haut des cuisses, surtout à droite. Le pouls 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 iliaque 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 grêles.

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 malaise est beaucoup augmenté par la station debout, la marche ou

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

(2) Simpson, *Dublin medical Journal*, mai 1847.

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, à son point de jonction avec le col, elle forme un angle dont l'ouverture est variable. Inutile de dire que 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, mais dirigé de haut en bas et, de plus, il forme un angle avec le corps de l'organe.

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

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

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.

La première question à résoudre est celle-ci: Dans les accidents éprouvés par la malade quelle part faut-il faire à la rétroflexion même et quelle part à la cause qui y a donné lieu? Quels moyens employer pour faire disparaître cette cause, si elle existe encore? Et enfin, quels sont les plus sûrs moyens de soulager la malade des douleurs causées par la rétroflexion?

Nous avons mentionné plus haut les causes de ce déplacement; c'était déjà indiquer en grande partie ce qu'il y a à faire. Pour le moment, nous avons surtout à considérer la rétroflexion comme accident permanent. Je suis sûr que, dans beaucoup de cas, le repos et peut-être quelques saignées locales, des injections astringentes, sont très-utiles. Le repos doit être très-prolongé; les saignées seront faites au moyen d'applications de sangsues ou de scarifications; il faut surveiller avec grand soin l'état général.

Dans les cas où le déplacement est considérable et date de longtemps, quoique l'utérus soit remis en place, il retombe bientôt et l'on ne semble pas avoir gagné de terrain. En pareil cas, on est arrivé naturellement à l'idée d'un support mécanique. [M. Hervez de Chegoïn a inventé le *pes-saire en cylindre échanuré* (fig. 139)]; Simpson (1) a imaginé divers pessaires et le *redresseur utérin* (fig. 140-141). Une tige en métal ou en ivoire est introduite dans l'utérus et communique dans sa partie inférieure avec un support qui reste en dehors: par ce moyen la matrice est maintenue dans une position fixe.

A première vue, cet instrument paraît devoir remplir le but, mais l'expérience a démontré qu'il est souvent très-dangereux.

Kiwisch (fig. 142), Protheroe Smith, Hensley, Lee, Valleix, Destchy, ont beaucoup varié ce genre de pessaire; d'autre part, Ashwell et Old-

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, août 1843, t. III, *Contributions to the pathology and treatment of diseases of the uterus; On retroversion of the non impregnated uterus* (*Dublin quart. Journ.*, mai 1848, t. V).

ham ont rapporté des exemples d'accidents et même de mort par suite de l'usage du redressement utérin. Pour ma part, j'ai vu deux fois, à la suite de l'application de cet instrument, des douleurs tellement insupportables qu'il fallut le retirer dans les vingt-quatre heures. J'hésiterai donc beaucoup à en jamais conseiller l'emploi, bien qu'il puisse paraître quelque-

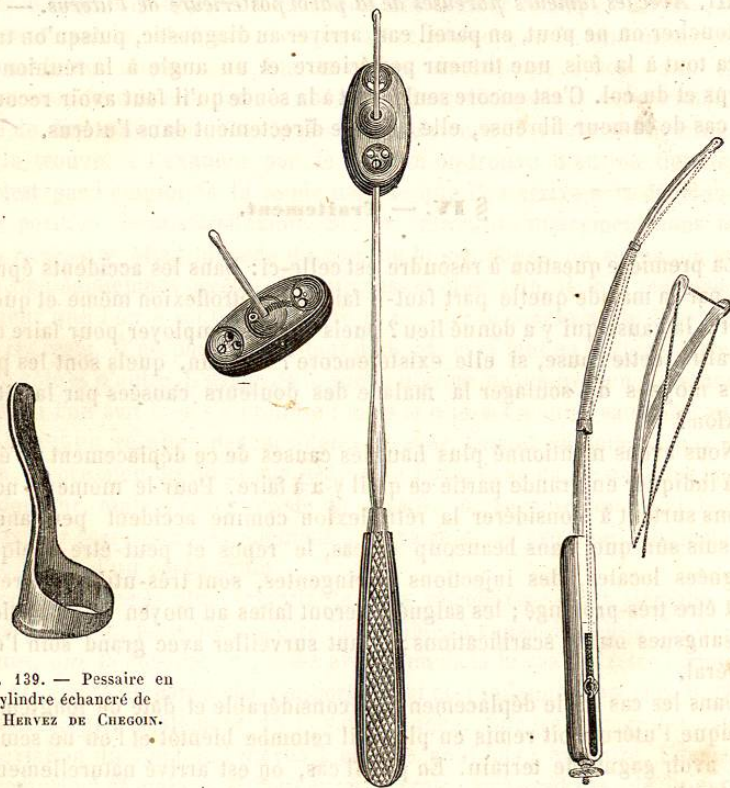


Fig. 139. — Pessaire en cylindre échancré de M. HERVEZ DE CHEGOIN.

Fig. 140-141. — Redresseur utérin de SIMPSON. Fig. 142. — Redresseur de KIWISCH.

fois utile. Toujours est-il que, si on l'applique, la malade doit être condamnée à un repos absolu, surveillée avec le plus grand soin et, à la moindre douleur, il faut enlever l'instrument.

[[West rejette également 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 métropéritonite, 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 observés 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 (1). »]]

(J'ai essayé un pessaire en gutta-percha destiné à distendre le cul-de-sac postérieur du vagin. J'ai réussi dans plusieurs cas, mais depuis j'ai fait usage des pessaires inventés par H. Hodge, de Philadelphie (2), et je les ai trouvés incomparablement meilleurs (fig. 143). La portion verticale est introduite derrière le col et occupe la place où, en cas de rétroversion, on trouve le fond de l'utérus. Il n'est pas toujours absolument nécessaire et ce n'est pas toujours facile de redresser immédiatement l'organe. Le pessaire arrive à ce résultat par une pression douce et continue;

il ne donne lieu à aucune irritation locale; il peut être supporté pendant des mois, et n'empêche pas d'ailleurs les rapports sexuels. Je l'ai appliqué plusieurs fois avec un succès constant; je puis donc le recommander en toute confiance comme le meilleur mode de traitement. On peut le faire en caoutchouc vulcanisé ou en métal recouvert de gutta-percha. Le point important, c'est qu'il ait juste les dimensions convenables. [Braun (3) a expérimenté le pessaire-levier de Hodge et en a publié les heureux résultats.]

M. Amussat a proposé de déterminer une inflammation adhésive entre la surface du col et la muqueuse vaginale; il rapporte deux exemples de succès (4).

(1) Depaul, *Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra utérins* (Rapport à l'Académie de médecine in *Moniteur des Hôpitaux*, 1854).

(2) Hodge, *Diseases peculiar to women*. Philadelphia, 1860, p. 330; *The principles and practice of obstetric*. Philadelphia, 1864, p. 416.

(3) Braun, *Wiener med. Wochenschrift*, 1864, analysé par Van den Corput (*Journ. de méd., de chir. et de pharmacologie*. Bruxelles, 1865, t. XL, p. 128, avec figures).

(4) Amussat, *Gazette médicale*, mars 1850.



Fig. 143. — Pessaire-levier d'HODGE.

[Aucun de ces moyens n'est infaillible, et le seul but qu'on doit chercher à atteindre, c'est d'immobiliser autant que possible l'utérus.]

ARTICLE II.

RÉTROVERSION PENDANT LA GROSSESSE.

Ce déplacement est rare; il ne doit, du reste, se produire que tant que l'utérus est dans la cavité pelvienne, c'est-à-dire avant la dix-huitième semaine.

Dans ce mode de déplacement, le col utérin vient appuyer sur l'urèthre à son point de jonction avec la vessie. La lèvre postérieure du col devient inférieure et l'utérus se place horizontalement dans le bassin, suivant son axe antéro-postérieur. Je fus appelé une fois pour un cas de rétroversion dans lequel les rapports normaux étaient entièrement renversés: le fond de l'utérus se trouvait entre le vagin et le rectum, et le col était porté en haut vers la vessie, mais sans presser sur le col vésical. On pouvait encore faire pénétrer facilement un cathéter dans la vessie. La situation du vagin est toute spéciale; la paroi postérieure est déprimée, par suite du renversement du corps de l'utérus, tandis que la paroi antérieure est portée en haut et en avant avec le col utérin. Au lieu donc d'être dirigé d'avant en arrière vers le sacrum, l'utérus se trouve incliné d'arrière en avant vers la symphyse. Pour qu'il y ait une véritable rétroversion, il faut que le fond de l'utérus descende plus bas que le promontoire du sacrum.

§ I. — Causes.

Suivant la cause, cet accident peut se produire lentement et graduellement, ou il peut survenir tout à coup. Jourdan considère comme des causes prédisposantes une trop grande largeur du bassin et la proéminence exagérée du promontoire sacré. Les femmes maigres y sont aussi plus exposées que les femmes grasses. Le prolapsus de la paroi antérieure du vagin est une cause prédisposante.

Parmi les causes qui agissent directement, on peut citer: le relâchement des ligaments inférieurs de l'utérus (1), l'augmentation de poids d'une portion de l'utérus, telle qu'une grossesse au début, une môle, une tumeur (2) pédiculée ou non, une grossesse extra-utérine (3). J'ai vu la rétroversion se produire le premier jour des règles, quand le poids de l'organe était augmenté par l'afflux du sang.

(1) Billi, *Cas de rétroversion singulière de l'utérus* (*Gazetta medica di Milano*, 4 janv. 1845; *Annales de la chirurgie*, 1845, t. XV, p. 113).

(2) Brown, *Dublin Journ.*, janvier 1838, p. 356.

(3) *Medico-chirurgical Review*, janvier 1827, p. 207.

Baud cite deux cas de rétroversion qui se produisirent quelques jours après l'accouchement; l'utérus était hypertrophié, par suite beaucoup plus lourd, et le seul effet d'une purgation énergique produisit un déplacement.

John Pearson (1) et Blundell ont vu des rétroversions avec des squirrhés. Callisen et Blundell mentionnent aussi des faits de rétroversion à la suite d'un accouchement. La distension extrême de la vessie par l'urine, pendant plusieurs heures, a été encore signalée.

Blundell dit qu'un ovaire hypertrophié peut agir de la même manière. J'ai vu des rétroversions dans des cas de tumeurs pelviennes. Dans toutes les diverses conditions que nous venons d'énumérer, il suffit d'un effort violent et subit pour produire la rétroversion; ainsi, un effort pour soulever un fardeau, pour vomir ou aller à la garde-robe, une chute ou un coup, produisent encore le même résultat. Une fois la rétroversion commencée, elle se complète promptement.

[[Le docteur Dehous (de Valenciennes), dans un mémoire très-remarquable sur la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, passe en revue avec le plus grand soin, les diverses causes qui peuvent déterminer cette rétroversion.

L'auteur divise les causes de ce déplacement en causes *prédisposantes*, et causes *occasionnelles*. Les premières sont anatomiques, physiologiques ou pathologiques: les causes anatomiques résident dans une rétroversion antérieure à la grossesse, les causes physiologiques sont d'un côté le fait même de la grossesse, qui rend le corps de l'utérus plus lourd et facilite son mouvement de bascule en arrière; de l'autre la constipation, et la rétention d'urine. Les causes pathologiques sont: 1° un certain degré d'étroitesse du bassin, c'est-à-dire une saillie très-forte du promontoire avec mouvement de bascule ou de projection en avant du sacrum et forte courbure de ces os en arrière; 2° un bassin représentant un excès d'amplitude avec ou sans exagération dans les diamètres du détroit supérieur; 3° les tumeurs osseuses qui peuvent porter obstacle à l'évolution et à l'élévation de l'utérus; 4° tout ce qui peut augmenter le poids de l'utérus vers sa partie supérieure ou postérieure, ainsi un engorgement dû à une métrite chronique, la présence d'un polype, d'un corps fibreux; 5° les obstacles mécaniques apportés par les tumeurs qui peuvent siéger dans le voisinage de l'utérus; 6° des brides et des adhérences reliquats de pelvi-péritonite; 7° l'abus du coït; 8° le relâchement des ligaments et du vagin par suite de grossesses antérieures; 9° l'allongement et l'atrophie des ligaments postérieurs de nature élastique, survenant pendant la grossesse.

Les causes occasionnelles sont pour le même auteur: 1° un effort violent pour soulever ou pousser un fardeau; 2° un choc sur le ventre; 3° le saut, les chutes, la danse, la course, une secousse violente comme

(1) Pearson, *On cancer*.