

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

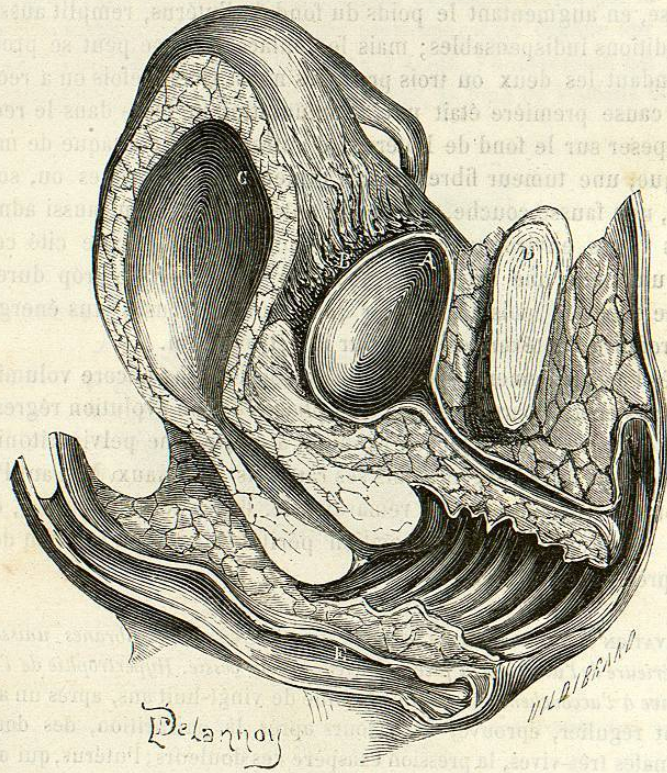


FIG. 134.— Antéflexion produite par des fausses membranes unissant la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie. — Hypertrophie de l'utérus consécutive à l'accouchement (\*).

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 géné 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 de 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

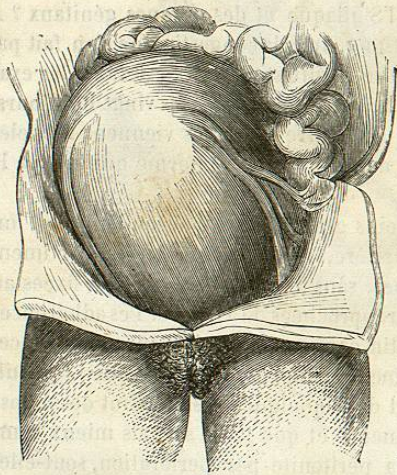


Fig. 135. — Utérus à terme avec sa double obliquité et son dévirement à droite. (Lucien PENARD.)

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 fœtale 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 qu'à l'habitude ; 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). — Ætius, *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.