

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, *Déviation 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.

et de Grégoire, professeur d'accouchements à Paris, dans ses leçons (1747);

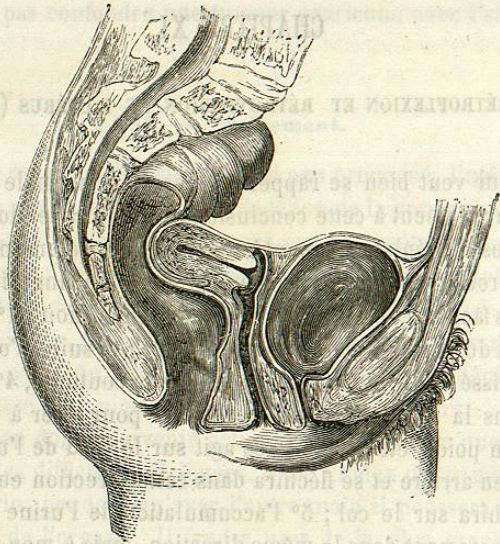


Fig. 136. — Rétroversion de l'utérus.

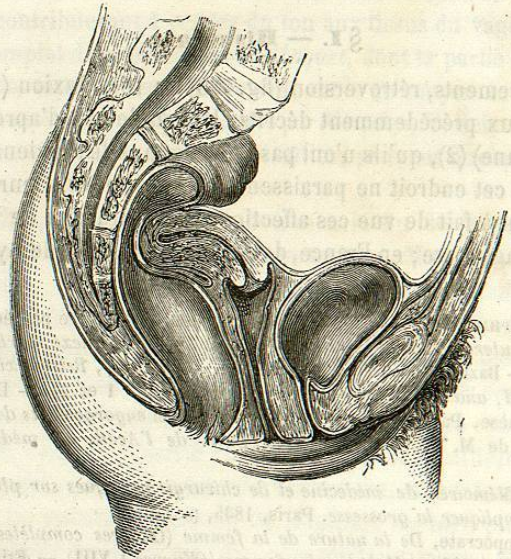


Fig. 137. — Rétroflexion de l'utérus.

en Allemagne, de Richter (1), sont venus jeter une nouvelle lumière sur

(1) Richter, *Chirurg. Bibliothek*, t. V, p. 521, et t. IX, p. 182.

ces déplacements, à peu près méconnus jusqu'alors. L'observation suivante appartient à Walter Wall (1), qui avait assisté aux leçons de Grégoire en 1754, et qui appela sur ce fait l'attention de William Hunter; elle fut résumée par Gooch en ces termes :

OBSERVATION I. — Une pauvre femme de Londres, arrivée au quatrième mois environ de sa grossesse, fut tout à coup prise de rétention d'urine. Elle fit mander Walter Wall, qui la sonda; mais l'obstacle resta le même, et on dut avoir de nouveau recours à la sonde. Cette fois Wall fit une exploration attentive, afin de se rendre compte de la nature de l'obstacle. Il pratiqua 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

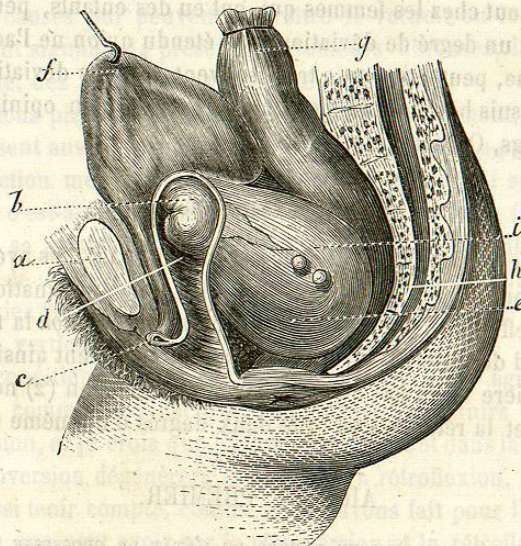


Fig. 138. — Rétroversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse (*).

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. 138). William Hunter tenta de ra-

(1) W. Wall, *Diss. de uteri gravidæ retroversione*. Halle, 1782. Dœring, *Dissert.*, t. I, p. 242.

(*) a, pubis droit; b, museau de tanche; c, canal de l'urèthre; d, vagin; e, corps de l'utérus; f, la vessie dans son plus grand développement; g, le rectum; h, l'angle sacro-vertébral; i, coupe de la trompe et du ligament de l'ovaire gauche. (Boivin et Duges, *Atlas*, pl. XI, fig. 5.)

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 1813).

(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° 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. 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 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 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 etsaillants. 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 déränge, 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.