

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 Chegoin a inventé le *pessaire en cylindre échancré* (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-

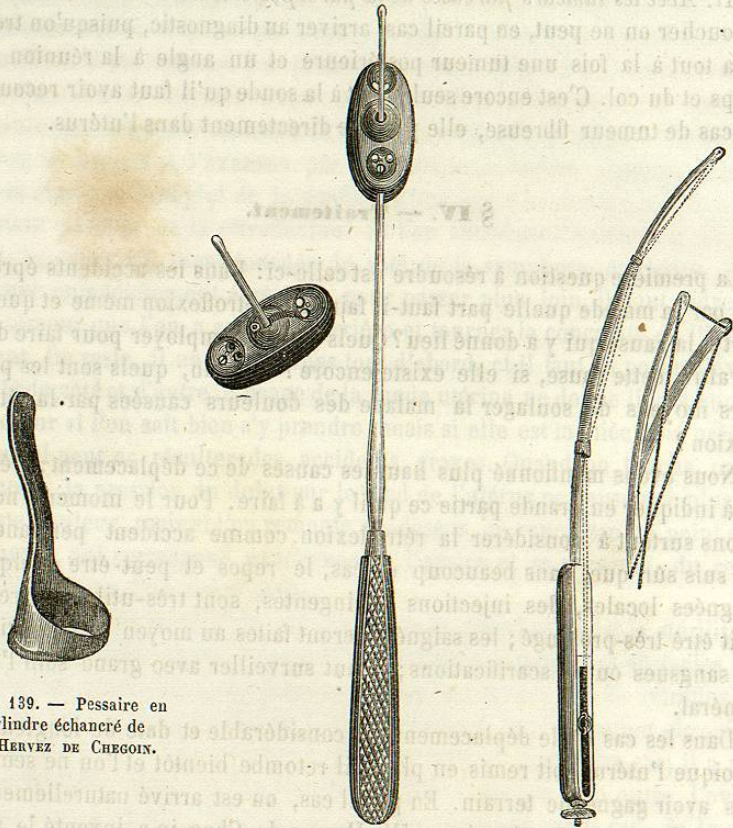


Fig. 139. — Pessaire en cylindre échanuré de M. HERVEZ DE CHEGOIN.

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

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).



Fig. 143. — Pessaire-levier d'HODGE.

(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.

[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'urètre 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*.

celle que produit une voiture non suspendue, une toux opiniâtre, des vomissements; 4° une chute à la renverse, un simple faux pas; 5° une contraction brusque et énergique des muscles abdominaux pour éviter un coup, une chute; 6° l'influence fâcheuse du corset et des vêtements trop serrés; 7° les impressions morales fortes et promptes, la frayeur, la colère par exemple. Il y a alors une inspiration exagérée et par suite une contraction du diaphragme qui vient presser sur la masse intestinale; 8° enfin l'auteur cite un cas de rétroversion survenue chez une femme au moment où elle se baissait pour laver du linge, une autre chez une femme qui s'était fatiguée à arracher de l'herbe, un dernier, à la suite du refoulement brusque du col dans un cas de prolapsus (1).]

§ II. — Symptômes.

Nauche dit que la rétroversion peut exister sans donner lieu à aucun symptôme; mais ce fait doit être rare.

Le symptôme le plus gênant, le premier qui attire l'attention des malades, et le seul sur lequel les médecins soient consultés, est la rétention partielle ou complète des urines. « J'ai constaté, dit Blundell, que, dans les cas de rétroversion par grossesse, on n'a pas toujours, on n'a même pas ordinairement de rétention complète de l'urine, parce que la rétroversion n'est pas complète. Chaque jour le liquide est rejeté, mais en quantité insuffisante, et la vessie ne se vide jamais. La malade a beau faire des efforts pour uriner, l'organe s'emplit de plus en plus. Les membres inférieurs peuvent devenir œdémateux; l'abdomen se distend comme dans l'ascite; la vessie, arrivée à ses dernières limites, laisse échapper goutte à goutte l'urine involontairement, et, en face de ces symptômes, on peut croire alors à une ascite, à une hydropisie de l'ovaire ou de l'œuf, ou encore à toute autre maladie. On n'agit pas comme on devrait le faire, et en pareil cas la vessie peut éclater. Si même la vessie se vide, une inflammation chronique peut se produire, ou une fausse couche a lieu. »

Il faut donc, en cas de dysurie avec grossesse au début, ne jamais manquer de faire un examen vaginal. Si la rétention de l'urine persiste pendant quelque temps, la vessie distendue remonte au-dessus du détroit supérieur du vagin. La pression du fond de l'utérus sur le rectum arrête aussi plus ou moins complètement le passage des matières fécales, et il en résulte une constipation opiniâtre, ou du moins une grande difficulté pour aller à la garde-robe.

W. Hunter fait observer que tous les cas de rétroversion qu'il a vus se sont produits vers le troisième mois, un peu plus tôt, un peu plus tard, et qu'ils ont tous donné lieu à une grande difficulté, peu à peu à une impossibilité d'uriner, et ensuite d'aller à la garde-robe. Quand ces accidents ont

(1) Dehous, *De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse*. Lille, 1870.

lieu, ils aggravent la maladie, d'abord par les douleurs qu'ils causent, et ensuite parce que les matières fécales et l'urine accumulées viennent presser sur l'utérus et augmentent le déplacement. Dans un cas de Marcet (1), la constipation et les vomissements étaient le symptôme prédominant.

La malade accuse de la plénitude et une pesanteur dans le bassin, des tiraillements dans les reins, des élancements dans le bas-ventre, qui ressemblent aux douleurs de l'accouchement et qui font craindre une fausse couche. Cet état pénible ne peut se prolonger sans donner lieu à des souffrances générales très-grandes. La malade perd l'appétit, souffre constamment; le pouls devient rapide, la fièvre est continue, la langue chargée, la peau chaude; il y a une soif et une agitation continues. Les fonctions intestinales sont quelquefois entièrement troublées: il y a des vomissements de matières stercorales. Si l'on ne vide pas la vessie, elle peut se rompre, et l'urine répandue dans le péritoine donne lieu à une péritonite mortelle. Si, au contraire, on donne issue à l'urine, il se peut encore que la vie de la malade soit compromise par une fièvre grave, ou par l'inflammation de l'utérus, et plus tard par la gangrène. Gooch dit « que la rétroversion de l'utérus entraîne quelquefois la mort ou par irritation, ou par inflammation, ou par rupture de la vessie. »

OBSERVATION I. — Dans le premier cas que j'ai vu, dit-il, la mort fut le résultat de l'inflammation. La malade en était au quatrième mois de sa grossesse. Elle était restée neuf jours sans uriner ni aller à la garde-robe. Le pharmacien du village lui avait donné comme diurétique de l'éther nitrique. J'introduisis la sonde très-peu avant dans le canal, et je retirais plusieurs litres d'urine mélangée de sang et de matières puriformes. Elle avait des douleurs très-vives dans la région de la vessie, en même temps que les symptômes ordinaires d'une inflammation; mais, en dépit des saignées et des purgatifs, elle mourut subitement. A l'autopsie, on trouva l'utérus enflammé et encore en rétroversion. La fausse couche avait eu lieu immédiatement après la sortie de l'urine.

Si l'on pratique l'examen des parties internes, on trouve que le vagin, au lieu de se diriger vers le sacrum, s'incline de plus en plus vers le pubis; la paroi postérieure se replie, pendant que l'antérieure est tendue; derrière la paroi vaginale postérieure, entre cette paroi et le rectum, on trouve une tumeur saillante qui se continue à travers tout le bassin, et que l'on retrouve d'ailleurs en avant contre le pubis; cette tumeur est la matrice. Il est rare que l'on puisse porter ainsi le doigt sur la partie inférieure de l'utérus sans provoquer de douleurs; le cathétérisme est quelque peu douloureux; il faut porter la pointe de la sonde tout près de la symphyse, et pousser tout doucement pour la faire pénétrer. Quelquefois, pour une cause ou pour une autre, on ne peut venir à bout de sonder.

(1) Marcet in Cooper, *On hernia*, part. II, p. 60.