

peuvent aussi donner quelques résultats, surtout s'il y a complication de cystocèle et de rectocèle et tendance à la chute de l'utérus.

Le plus souvent on est obligé d'intervenir chirurgicalement, quand le prolapsus entraîne une gêne et des douleurs considérables.

Si l'affection reconnaît pour cause une déchirure du périnée, la périnéorrhaphie, et mieux la *colpo-périnéorrhaphie* pourra être pratiquée et mettre fin au prolapsus. Dans le cas de cystocèle, il est nécessaire de rétrécir la paroi vaginale par la *colporrhaphie antérieure*; cette opération et la colpo-périnéorrhaphie doivent souvent être combinées.

L'excision d'un bourrelet de muqueuse, l'application de serres-fines, la cautérisation, ne donnent pas de résultats.

Si l'indication est formelle, il faut oblitérer le vagin par la suture ou mieux rétrécir son calibre par le cloisonnement transversal (Le Fort), opération que nous retrouverons avec plus de détails à propos de la chute de l'utérus.

## AFFECTIONS DE L'UTÉRUS.

### I

#### VICES DE CONFORMATION DE L'UTÉRUS.

Nous ne nous occupons ici que des vices de conformation pouvant présenter un intérêt chirurgical. L'absence de l'utérus, sa *duplicité*, ses *cloisonnements*, ses *arrêts de développement*, etc., sont traités dans les ouvrages spéciaux et seront étudiés avec profit dans la thèse de Le Fort (*Agrégation*, 1865).

Nous signalerons seulement ici l'*imperforation congénitale* de l'utérus. Le col utérin se trouve oblitéré par une membrane plus ou moins épaisse, ou il fait défaut et est remplacé par le tissu utérin lui-même.

Les accidents de rétention des règles qui résultent de cet obstacle à leur écoulement ont été déjà traités à propos des vices de conformation du vagin.

La membrane oblitérante peut se dilater, se rompre et laisser échapper le sang par les voies naturelles, et tous les accidents cessent. Mais si l'épaisseur de la membrane rend cette rupture impossible, l'utérus peut se rompre et verser le sang soit dans la vessie (Béclard), soit dans la cavité abdominale, en donnant lieu à une péritonite généralement mortelle. Le sang versé dans le péritoine peut s'enkyster et plus tard être quelquefois éliminé par une fistule rectale après des phénomènes inflammatoires. Dans quelques cas, le sang restant dans l'utérus se résorbe peu à peu entre chaque époque menstruelle ou se décompose en donnant lieu à des accidents septiques de la plus grande gravité.

Le traitement consiste à pénétrer dans la matrice, soit avec un trocart, soit avec le bistouri, en évitant de léser la vessie, le rectum ou le péritoine. L'utérus sera vidé lentement de son contenu en prenant les précautions antiseptiques les plus minutieuses; l'ouverture sera maintenue béante pendant les premiers temps à l'aide d'un tube à drainage: plus tard, après cicatrisation, elle pourra être dilatée avec une tige de laminaire ou de l'éponge préparée.

### II

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'UTÉRUS

Les *ruptures* de l'utérus au moment de l'accouchement ne sauraient être traitées ici.

Nous signalerons seulement la perforation du tissu utérin par l'hystéromètre dans le cathétérisme de la cavité utérine. Cet accident, qui peut n'occasionner aucun phénomène sérieux (Dupuy, *Thèse de Paris*, 1874), est préparé par le ramollissement du tissu utérin dans la métrite chronique parenchymateuse et dans le cas de polypes. Le tissu peut être, dans cette dernière circonstance, aminci, usé et même détruit.

L'utérus peut être aussi perforé par des instruments piquants dans des tentatives d'avortement (aiguilles à tricoter, sonde à dard, etc.). Une métrite aiguë et une péritonite mortelle sont assez fréquemment la conséquence de ces manœuvres.

On a signalé quelques exemples de plaies de l'utérus par une balle.



un coup de corne de taureau. Ces plaies, qui ont été quelquefois suivies de guérison, sont le plus souvent mortelles; elles n'ont été observées que sur des utérus gravides.

## III

## DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

On donne le nom de *déplacements* de l'utérus aux divers changements de situation de cet organe.

On peut les ranger en quatre classes :

1° L'utérus est déplacé en totalité suivant le plan vertical : *déplacements proprement dits*, comprenant l'*élévation* et l'*abaissement*.

2° L'utérus a changé d'axe suivant le plan transversal, *déviations utérines*.

a. L'organe tourne autour d'un point fixe représenté par l'isthme, et ses deux parties, corps et col, se portent en sens inverse l'une de l'autre; on dit alors qu'il y a *version*, et suivant que le corps de l'utérus se porte en avant, en arrière ou de côté, on dit : *antéversion*, *rétroversion*, *latérotation*.

b. Le corps et le col utérins ne conservent plus leurs rapports suivant leur axe; une partie seulement de l'organe se fléchit sur l'autre qui a conservé la direction normale; on dit qu'il y a *flexion*, et suivant que le corps de l'organe se fléchit en avant, en arrière ou de côté, on dit : *antéflexion*, *rétroflexion*, *latérotation*.

c. L'utérus s'invagine en lui-même de sorte que le fond vient proéminer à l'extérieur hors des lèvres du col, *inversion*, *invagination*.

D'une manière générale, les déplacements et déviations de l'utérus sont produits par toute les influences qui : 1° augmentent le poids de l'utérus; 2° affaiblissent ses moyens de fixité; 3° tendent à chasser l'utérus hors de sa place; 4° exercent des tractions sur cet organe. En outre, toutes les altérations du tissu utérin produites par la métrite chronique prédisposent l'organe aux déviations. Plusieurs de ces causes peuvent se combiner et ont d'autant plus de chance de produire le déplacement ou la déviation.

## A. DÉPLACEMENTS PROPREMENT DITS.

## 1° ÉLÉVATION DE L'UTÉRUS.

Ce déplacement très rare n'est jamais primitif; il se produit lorsqu'une tumeur s'est développée, soit dans le vagin, le rectum ou le cul-de-sac recto-vaginal, soit dans les parois mêmes de l'utérus, soit enfin lorsqu'une tumeur quelconque de l'abdomen soulève l'utérus. L'élévation n'a d'importance que parce qu'elle indique une grossesse ou la présence d'une tumeur volumineuse dans le voisinage de l'utérus.

## 2° ABAISSEMENT OU PROLAPSUS DE L'UTÉRUS.

Toutes les fois que le col utérin est à moins de 6 centimètres environ de la vulve, il y a abaissement de l'utérus.

On distingue *trois degrés* : dans le premier (*abaissement*, *prolapsus*), l'axe normal est conservé, l'utérus s'est simplement affaissé dans le bassin; il y a diminution de l'espace compris entre la vulve et le col; dans le second (*descente* ou *procidence*), le corps s'est porté vers le sacrum, tandis que le col s'est rapproché de l'orifice vulvaire; le museau de tanche se présente entre les grandes lèvres; dans le troisième (*chute* ou *précipitation*), le col a franchi la vulve et pend plus ou moins bas entre les cuisses.

La muqueuse vaginale suit le col et se renverse comme un doigt de gant; quand l'utérus fait saillie au dehors, elle est complètement retournée et couvre la surface extérieure du col sur laquelle elle se moule. Exposée à l'air extérieur, aux frottements, elle devient sèche, dure, *cutisée*, ou s'enflamme et s'excorie en donnant lieu à une sécrétion muco-purulente.

Les ligaments larges s'enflamment d'une manière chronique, se raccourcissent, se condensent et ne permettent plus la réduction de l'utérus.

L'utérus est parfois congestionné, lourd; les lèvres du museau de tanche peuvent être renversées en dehors, quelquefois ulcérées; la



cavité utérine est dilatée et le siège d'une sécrétion muqueuse; le col présente une élongation hypertrophique. Il y a souvent coïncidence de cystocèle, plus rarement de rectocèle.

**Étiologie. Pathogénie.** — Toutes les causes qui ont été énumérées à propos des déplacements et des déviations en général trouvent leur application dans le mécanisme de l'abaissement de l'utérus. Elles se combinent le plus souvent pour produire l'état morbide : la présence de tumeurs ou l'hypertrophie de l'utérus, la rupture du périnée et même sa rupture incomplète, la perte de tonicité des parois vaginales et des ligaments utérins, l'affaiblissement des parois abdominales, toutes les espèces d'efforts, la constriction par les vêtements, le prolapsus du vagin, sa subinvolution à la suite de l'accouchement, sont des causes qui se combinent entre elles et exagèrent réciproquement leurs effets.

L'utérus, d'abord légèrement abaissé, a tendance à s'abaisser de plus en plus par la perte de plus en plus grande de ses moyens de fixité, par son augmentation de volume et de poids déterminée par la congestion que produit le déplacement, par les efforts de toute nature, le jeu même de la respiration (Duncan), par les poussées du ténesme anal et rectal provoquées par la cystocèle et la rectocèle; et, du premier degré, le prolapsus arrive au second et au troisième par la combinaison des causes et des agents actifs et passifs du déplacement.

**Symptômes.** — On observe des *signes physiques* et des *troubles fonctionnels*.

*Signes physiques.* Au premier degré, le toucher vaginal montre le col abaissé et appuyé sur le plancher du bassin; il indique le plus souvent en même temps une rétroversion ou une rétroflexion.

Au deuxième degré, le col apparaît à la vulve, où il est encore retenu par la résistance du sphincter; le corps est plutôt à l'état de rétroversion.

Au troisième degré, le toucher et la vue permettent de reconnaître facilement l'état des parties; le plus souvent, en effet, il existe en même temps une déchirure plus ou moins ancienne et plus ou moins étendue du vagin et du périnée.

Le cathétérisme utérin montre que la cavité utérine a conservé sa longueur et que l'utérus est en rétroversion ou en rétroflexion. Au

contraire, dans l'allongement hypertrophique, on constate une grande profondeur de l'organe.

Enfin, dans la majorité des cas, par une pression lente et soutenue, l'organe peut être réduit; mais, le plus souvent, il fait de nouveau issue sous l'influence des mouvements ou des efforts.

Les *troubles fonctionnels* peuvent être très peu marqués chez quelques femmes, même dans le prolapsus au troisième degré. Le plus souvent les malades accusent des tiraillements et une sensation de pesanteur dans le bassin, des douleurs dans les reins, une grande fatigue pendant la marche, de l'impossibilité de soulever des objets pesants, de la leucorrhée et des phénomènes pénibles de constipation et de ténesme vésical. Ces phénomènes sont d'autant plus accentués que l'utérus est en général atteint d'une métrite chronique qui est constante dans le prolapsus au troisième degré.

Des excoriations du vagin et du col peuvent encore rendre la situation plus pénible.

Souvent, même avec le prolapsus complet, la menstruation n'est pas troublée et la conception est possible.

Dans la forme chronique, on a observé la mort par urémie à la suite de la compression des uretères, et on a vu quelquefois l'utérus prolapsé menacé de gangrène (G. Thomas).

**Traitement.** — Le traitement comprend la *réduction* du prolapsus et sa *contention*. — Pour la réduction, la femme sera mise dans la position genu-pectorale et laissée dix ou quinze minutes dans cette position, afin de laisser les organes se décongestionner avant toute tentative de réduction. L'utérus est alors refoulé par une pression lente suivant l'axe du détroit inférieur.

La *contention* ne doit pas être cherchée avant que l'on connaisse la cause du prolapsus. Si l'accident suit l'accouchement, la malade sera gardée au lit, les cuisses fléchies.

Une ceinture hypogastrique bien faite, supportant les viscères comme le feraient les deux mains appliquées au-dessus du pubis, est indiquée quand l'utérus est augmenté de poids ou refoulé par la pression abdominale, surtout dans le cas de surcharge graisseuse de l'abdomen.

En même temps, on combattra la congestion et l'hypertrophie de l'utérus par les moyens appropriés.

Les moyens véritablement efficaces d'obtenir la contention du



déplacement et de s'opposer à sa reproduction consistent d'une part dans l'emploi d'instruments appropriés soutenant l'organe prociident, d'autre part dans la restauration de ses moyens naturels de maintien en attitude nouvelle. Dans un certain nombre de cas, les deux ordres de moyens doivent être combinés.

L'instrument employé pour soutenir l'utérus prociident porte le nom général de *pessaire*. Le nombre de ces instruments est considérable, et nous renvoyons sur ce sujet aux traités spéciaux (Signoret, *Thèse de Paris*, 1881).

Les uns sont complètement introduits dans le vagin, où ils prennent point d'appui par leur périphérie (*pessaires* de Meigs, de Hodge, de Dumontpallier, de Hewith, de Smith, de Thomas); les autres sont à la fois *externes et internes*. Une cuvette plus ou moins large, supportée par une tige extérieure qui se fixe à une ceinture, reçoit le col de l'utérus (*pessaires* de Borgnet, de Cutter, de Grandcollot).

L'emploi des *pessaires* contre le prolapsus utérin ne doit plus être considéré, dans un très-grand nombre de cas, que comme un pisaller ou comme un adjuvant de l'intervention chirurgicale. La restauration des moyens naturels du maintien de l'utérus en bonne attitude constitue l'indication chirurgicale vraie. La restauration du périnée et du vagin *même incomplètement* déchirés est le meilleur mode de traitement prophylactique et curatif du prolapsus. La fréquence de cette déchirure vagino-périnéale, pour ne pas dire sa constance, en coïncidence avec l'abaissement de l'utérus, justifie cette indication dans nombre de cas.

Chez les femmes encore jeunes, à moins de contre-indications spéciales, c'est donc à ce moyen de réparation que l'on devra d'abord s'adresser. La *colporrhaphie* postérieure ou, suivant les cas et le plus souvent, la *colpo-périnéorrhaphie* par un des procédés connus et surtout par le procédé d'Emmet donne les meilleurs résultats. Souvent aussi, il est nécessaire de rétrécir la paroi vaginale antérieure et de combattre la cystocèle à l'aide d'un procédé de *colporrhaphie* antérieure ou *élytrorrhaphie* antérieure.

L'*élytrorrhaphie* est aujourd'hui pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant et a pour but de rétrécir le calibre du vagin; l'opération consiste essentiellement à enlever sur les parois vaginales, le plus souvent sur l'antérieure, une bande de tissu plus ou moins large et à rapprocher par la suture les lèvres de la plaie qui vient d'être

faite, pour rétrécir d'autant la paroi vaginale. Proposée par un Français, Romain Gérardin, en 1825, pratiquée vers 1850 par Dieffenbach, puis par Scanzoni, Fricke, Velpeau, Roux, Stoltz, etc., l'*élytrorrhaphie* fut remise en honneur et entièrement modifiée par Sims (1858). Panas et Emmet ont encore modifié le procédé de Sims.

Le Fort (1877) a imaginé un nouveau procédé, dit *cloisonnement du vagin*, dans lequel on établit par suture une adhérence entre les deux parois vaginales avivées et, par conséquent, une *cloison verticale médiane* repoussant l'utérus, tout en permettant le coït. (Brunet, *Thèse de Paris*, 1885.)

Enfin, dans certains cas, on peut fermer la vulve d'une manière complète ou partielle par la suture (*vulvorrhaphie, épisiorrhaphie*).

#### b. DÉVIATIONS UTÉRINES

Il y a déviation de l'utérus toutes les fois que l'un ou plusieurs de ses axes ne présentent plus leur direction normale et quand l'organe ne peut plus être modifié dans sa position par le seul fait de l'inclinaison variable du bassin, ni par le simple déplacement des anses intestinales, ni par la réplétion ou la vacuité des organes voisins (Valleix). Il est donc important de donner comme signe caractéristique des déviations pathologiques une certaine *stabilité* de l'utérus dans sa situation anormale, opposée à la mobilité qu'il possède à l'état normal.

**Étiologie. Pathogénie.** — Nous ne reviendrons pas sur les causes générales qui favorisent ou déterminent les déplacements et les déviations de l'utérus.

Les déviations s'observent principalement de vingt à quarante ans, dans la période d'activité sexuelle, à l'âge où l'utérus subit des modifications qui l'exposent à l'inflammation. Le plus souvent elles succèdent à une involution incomplète de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement, alors que les femmes se sont levées et ont repris trop tôt leurs occupations. Toutes les conditions se trouvent réunies dans ce cas pour favoriser la déviation; à savoir le poids et le volume de l'utérus, la mollesse et l'engorgement de son tissu, le relâchement des ligaments, la flaccidité des parois abdominales, la subinvolution du vagin, etc.

La mobilité et le poids de l'utérus, l'insuffisance de ses ligaments,



la pression exercée par la vessie ou le rectum distendus, la fréquence des accouchements ou des avortements, constituent des causes prédisposantes. Comme nous l'avons déjà dit, plusieurs des éléments se combinent en général pour produire une déviation utérine.

**Symptômes.** — Pour certains auteurs, Kiwish, Simpson, Velpeau, Valleix, les déviations constitueraient une maladie essentielle et donneraient lieu à un ensemble de symptômes caractéristiques. Pour d'autres, au contraire (*Discussion Académie de médecine*, 1849 et 1854), les déviations n'éveilleraient par elles-mêmes aucun trouble fonctionnel; ceux-ci devraient être attribués à des affections concomitantes, à la métrite et à la pelvi-péritonite.

La vérité est entre ces deux opinions extrêmes : les déviations peuvent déterminer des troubles mécaniques du côté de la miction et de la défécation, des névralgies sciatiques par compression du plexus sacré, dans la rétroversion surtout (Dumontpallier, Forfer, *Thèse de Paris*, 1882). Elles pourraient même (*id.*) déterminer des névralgies réflexes : névralgie intercostale, névralgie faciale, hémicrânie, névralgie dentaire, dont la relation de cause à effet avec la déviation est démontrée par la guérison, procurée grâce à la correction de la déviation par un pessaire. Des phénomènes dyspeptiques, des troubles nerveux, des vertiges, des douleurs et des difficultés dans la marche, des douleurs lombaires et sacrées sont également la conséquence des déviations utérines.

Pour Gaillard Thomas, l'influence de l'antéversion sur la gêne de la locomotion ne saurait être mise en doute, la réduction de l'organe par un pessaire faisant cesser tous les accidents qui se reproduisent dès que l'instrument est enlevé. Il en est de même pour la rétroflexion.

Dans quelques cas, moins souvent qu'on ne l'a avancé (Martineau), il y a coïncidence d'une métrite, soit primitive, soit consécutive à la déviation, et il devient bien difficile de faire la part de ce qui revient à l'une ou à l'autre de ces affections dans la symptomatologie.

Enfin, deux conséquences fréquentes des déviations, quelle qu'en soit l'origine, sont d'une part la dysménorrhée, surtout fréquente dans l'antéversion et l'antéflexion, et la stérilité due à la mauvaise position du col, difficilement atteint par le sperme.

Le *diagnostic* et le *traitement* des déviations utérines ne peuvent être formulés d'une manière générale; ils se fondent sur les résultats

fournis par la palpation abdominale, par le toucher vaginal et rectal, le spéculum et le cathétérisme utérin et sur les causes probables de l'affection.

D'une manière générale, suivant les indications, on s'adressera au traitement médical ou au traitement mécanique. Si le déplacement est le résultat d'un état morbide antérieur, cet état morbide doit d'abord être traité. Cependant le traitement mécanique n'est pas seulement applicable aux déplacements simples et non compliqués (G. Thomas). « Celui-ci est, au contraire, fréquemment applicable lorsque le déplacement n'est que la complication d'un autre état morbide. Les pessaires jouent pour l'utérus le rôle des attelles dans le traitement des os fracturés; ils ne procurent pas à eux seuls la guérison, mais ce sont d'utiles adjuvants. » (Gaillard Thomas.) Dans bon nombre de cas, le traitement mécanique remplit toutes les indications.

#### 1<sup>o</sup> ANTÉVERSION.

D'après les recherches les plus récentes (Schultze), à l'état normal, dans la position verticale, l'utérus est en antéversion, et le corps est légèrement incliné en avant sur le col à angle très obtus. Dans l'antéversion *pathologique*, le fond de l'organe est dirigé en avant d'une manière plus stable qu'à l'état normal et il y a perte de la flexion et de la *flexibilité* qui se trouvent normalement au niveau de l'orifice interne du col (Schultze).

Cet état n'est pas primitif et succède en général à des inflammations aiguës et chroniques siégeant à la face postérieure de l'utérus et ayant pour conséquence le raccourcissement et l'épaississement des ligaments et des tissus situés à la face postérieure de l'organe.

Dans l'antéversion, le col est porté en arrière et en haut, il est plus éloigné de l'orifice vaginal qu'à l'état normal, et il est plus ou moins difficile à accrocher, ainsi que l'orifice externe, selon le degré de l'antéversion. Le col est senti plus facilement par le toucher rectal. En avant, en déprimant le cul-de-sac antérieur, on sent une plus grande partie de la face antérieure du corps de l'utérus; son fond peut être senti par la palpation au-dessus du pubis.

Le spéculum ne découvre que la lèvre antérieure du col; pour le



découvrir en entier, il faut l'accrocher avec la sonde utérine et le tirer en avant pendant qu'on incline le spéculum en arrière.

Le cathétérisme utérin est difficile à pratiquer; le manche de la sonde doit être fortement abaissé et la fourchette déprimée.

Souvent l'antéversion est combinée avec un certain degré d'antéflexion. L'antéversion n'a guère de symptômes lui appartenant en propre; les troubles vésicaux, les métrorrhagies, le catarrhe utérin, les douleurs semblent plutôt liés à la métrite et surtout à la périmérite postérieure.

**Traitement.** — Les indications du traitement sont presque exclusivement tirées des causes qui produisent l'antéversion et, dans la très grande majorité des cas, la médication devra s'adresser à la métrite et à la périmérite postérieure.

Les moyens pour obtenir et maintenir la réduction sont le décubitus dorsal prolongé, la rétention prolongée de l'urine (Piorry), l'application d'une ceinture abdominale hypogastrique et les pessaires. Les pessaires sont *difficiles à appliquer* dans l'antéversion et ne sont pas sans dangers, à cause de la pression qu'ils doivent exercer sur la paroi antérieure de l'utérus et la paroi vaginale antérieure.

Les pessaires de Smith, de Gaillard Thomas peuvent être essayés; mais de bons résultats peuvent aussi être obtenus par le simple soulèvement de l'utérus sans rectification de sa position, à l'aide de l'anneau-pessaire ou du pessaire à air, et quelquefois par l'application d'un simple tampon de coton glycérimé dans le cul-de-sac antérieur.

## 2° ANTÉFLEXION.

L'*antéflexion pathologique* est cette position dans laquelle le fond de l'utérus est dirigé en avant d'une manière plus stable qu'à l'état normal, avec une *flexion durable* sur sa surface antérieure (Schultze); le col a conservé sa position normale; la flexion se produit au niveau de l'isthme, à l'union des deux segments.

Comme pour l'antéversion, la cause la plus fréquente se trouve dans les inflammations siégeant à la face postérieure de l'utérus, suivies de la rétraction des tissus et en particulier du raccourcissement des plis de Douglas.

Sous le nom d'antéflexion *congénitale* on décrit une déviation con-

sécutive à la persistance de l'état *puéril* de l'utérus; le col est resté long et très flexible et le corps se plie à angle aigu quand la vessie est vide. Le vagin est court, surtout dans sa partie antérieure.

D'après les recherches de Velpeau (1849, *Académie de médecine*), de Boullard (1852), de Piochaud (1855), l'antéflexion est la règle pendant la première enfance, et elle se rencontre fréquemment à un faible degré chez les multipares sans constituer une maladie.

Le toucher vaginal trouve facilement le col utérin dans sa position normale; il fait reconnaître dans le cul-de-sac antérieur une saillie lisse, dure et arrondie, qui n'est autre que le corps de l'utérus couché sur ce cul-de-sac et formant avec le col un angle plus ou moins aigu.

La sonde utérine ne peut pénétrer que si l'on porte le manche de l'instrument en bas ou si l'on exagère sa concavité en avant.

L'antéflexion pathologique acquise n'a d'autres symptômes que ceux qui appartiennent à la périmérite postérieure; ils s'accusent surtout du côté du rectum et de la vessie.

**Traitement.** — Dans l'immense majorité des cas, la médication ne doit pas différer de celle qu'on emploie pour les affections utérines et péri-utérines. Il est inutile et dangereux de tenter la réduction de l'organe tant qu'il existe des signes de périmérite postérieure. La dilatation par les sondes de laminaire aseptiques et convenablement incurvées constitue le meilleur traitement contre le catarrhe utérin et la dysménorrhée. Toute intervention est inutile et dangereuse dans la *flexion irréductible*.

Dans quelques cas où cette antéflexion irréductible met un obstacle à l'écoulement des liquides venant de l'utérus, ou dans le but de remédier à la stérilité, on a sectionné la paroi postérieure du col avec un bistouri introduit dans sa cavité et articulé en forme de lame de rasoir (Sims). Cette opération absolument condamnable a été suivie dans un grand nombre de cas de la mort des malades, presque toutes atteintes avant l'opération d'une périmérite ou d'une pelvi-péritonite latente.

## 3° RÉTROVERSION. — RÉTROFLEXION.

Dans la *rétroversion* le fond de l'utérus est porté en arrière, vers l'excavation du sacrum, et le col en avant contre la symphyse pubienne



et la paroi postérieure de la vessie. La *rétroflexion* est caractérisée par la même situation, avec une *flexion* de l'organe sur sa face postérieure.

Ces déviations sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus intéressantes : elles produisent par elles-mêmes une série de troubles fonctionnels et douloureux que la réduction de l'organe fait cesser d'une manière presque immédiate.

On sent dans le cul-de-sac postérieur une masse dure, arrondie et lisse, formée par la face postérieure de l'utérus ; il faut ramener fortement le doigt en avant pour sentir le col accolé contre la paroi antérieure du vagin, derrière la symphyse pubienne, un peu plus rapproché que normalement de l'orifice vulvaire. Le toucher rectal fait sentir le fond de l'utérus comprimant plus ou moins le rectum. Le col ne peut être découvert complètement qu'en l'accrochant avec la sonde utérine ou en plaçant la femme dans la position genu-pectorale. Le cathétérisme utérin ne peut être pratiqué qu'en relevant fortement le manche de la sonde vers le pubis.

Dans la *rétroflexion*, au toucher, le cul-de-sac antérieur est vide, mais dans le cul-de-sac postérieur on sent le corps globuleux de l'utérus séparé du col par une rainure plus ou moins profonde. On peut obtenir, quand l'utérus n'est pas fixé, la sensation d'un mouvement de sonnette en entraînant avec le doigt, alternativement en arrière et en avant, le col de l'utérus (Aran). La sonde utérine ne peut être introduite que si son bec est recourbé en arrière et quelquefois tout à fait en bas.

La *rétroflexion* de l'utérus s'accompagne aussi quelquefois du prolapsus de l'un ou des deux ovaires.

La *rétroversion* peut quelquefois se produire d'une manière aiguë à la suite d'une chute ou d'une violente secousse. Dans ce cas, la malade est incapable de se tenir debout ; des douleurs très aiguës dans le ventre, la rétention d'urine et des matières fécales se déclarent d'une manière subite ; la face exprime l'angoisse et le pouls est à peine perceptible.

La *rétroversion* de l'utérus gravide se produit aussi quelquefois vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse, et se traduit par des phénomènes de compression et surtout par la rétention d'urine.

**Traitement.** — La *réduction* est obtenue, dans les cas simples, en mettant la malade sur le côté gauche dans la position latérale de

Sims ou dans la position genu-pectorale, pendant que l'opérateur placé derrière la malade soulève l'utérus avec deux doigts introduits dans le vagin jusqu'à ce qu'il ait atteint sa position normale. Les doigts peuvent aussi être introduits dans le rectum. La réduction doit être faite pendant que la malade fait une profonde inspiration suivie d'une expiration. Dans les cas plus difficiles où l'utérus paraît solidement fixé dans le sacrum où la flexion est dure et élastique, la réduction peut être obtenue par la *reposition* bimanuelle, préconisée par Schultze. Pendant l'anesthésie, deux doigts introduits dans le rectum repoussent l'utérus en avant, pendant qu'une main presse sur la face postérieure de l'organe, à travers la paroi abdominale et le replace en antéversion.

La *contention* est obtenue à l'aide du pessaire de Hodge ou de G. Thomas ou d'un pessaire de modèle approprié ; suivant les cas, l'instrument doit être laissé en place de six mois à deux ans.

Récemment (1885), Alexander, de Liverpool, a pratiqué, pour combattre la *rétroversion* et la *rétroflexion* utérines, une opération sanglante dans laquelle les ligaments ronds sont cherchés au niveau de l'orifice inguinal externe, fortement attirés à l'extérieur pendant qu'on redresse l'utérus, et fixés avec des fils de catgut aux bords de l'anneau inguinal. Cette opération a été répétée avec succès par plusieurs chirurgiens anglais et français (Reid, Elder, Burton, Duplay, Doleris, Bouilly, Pozzi, etc.). Tout récemment, Kelly, de Philadelphie, a proposé sous le nom d'*hystérorrhaphie* la fixation de l'utérus à la paroi abdominale par des fils passant au niveau des cornes utérines ou de l'origine des ligaments ronds. Les indications de ces diverses opérations nous paraissent devoir être très rares.

Dans la *rétroflexion* irréductible, le mieux est de s'abstenir de toute intervention. Dans des cas exceptionnels, l'utérus peut être enlevé par l'hystérectomie vaginale (Bouilly).

#### 4<sup>o</sup> LATÉRO-VERSIONS.

Dans les *latéro-versions* l'utérus s'incline vers l'un des culs-de-sac latéraux ; on y sent le corps de l'utérus qui le déprime, tandis que l'autre est plus élevé et occupé par le col utérin plus ou moins difficile à percevoir ; les culs-de-sac antérieur et postérieur sont vides.