

CHAPITRE III DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

I. — ANTÉDÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

1^o Antéversion

A. Étiologie et pathogénie.

L'antéversion pathologique est congénitale ou acquise.

Cette dernière reconnaît ordinairement, comme causes directes : la rétraction des ligaments utérins et surtout des ligaments utéro-sacrés ; la subinvolution puerpérale ; l'augmentation de poids due à la métrite chronique. Elle peut se présenter passagèrement, chez les névropathes, du seul fait de la contracture des ligaments utéro-sacrés. Elle est favorisée par l'aplatissement du bassin, qui élargit la surface d'action de l'effort abdominal.

L'antéversion simple se rencontre surtout chez les femmes jeunes, stériles, ou ne comptant que peu de grossesses.

Nous laisserons de côté les cas complexes de tumeurs ou de tuméfactions, dans lesquels elle ne représente qu'un élément accessoire.

B. Anatomie pathologique.

Il peut y avoir simplement redressement de l'axe de l'organe ; mais ordinairement l'utérus est augmenté de volume et présente les altérations de la métrite chronique.

A l'état de vacuité de la vessie, le fond de l'organe peut descendre jusqu'au-dessous du pubis, tandis que le col regarde directement en arrière vers le sacrum, ou même vers le promontoire, en s'imprimant sur le rectum (fig. 94).

La distension de la vessie corrige en partie cette position, lorsque l'utérus est mobile. Mais on peut trouver les ligaments juto-sacrés raccourcis, sclérosés, des plaques de paramérite fixant le col en arrière ou le corps en avant, et des fausses membranes sur le fond et la face postérieure de l'organe.

C. Symptômes et diagnostic.

L'antéversion congénitale peut rester latente jusqu'à la puberté ou jusqu'à l'apparition d'un processus inflammatoire qui la révèle en l'accentuant.

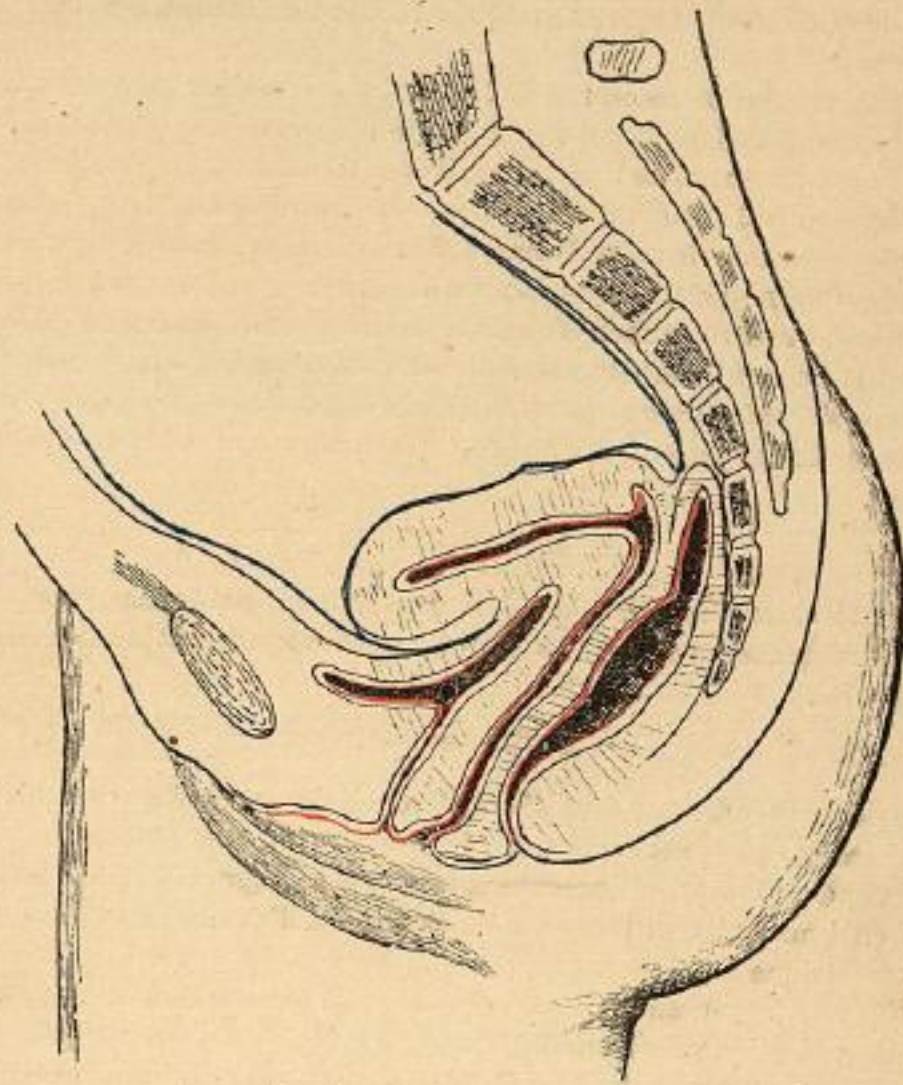


Fig. 94. — Antéversion de l'utérus.

Les symptômes propres à l'antéversion acquise se confondent, en grande partie, avec ceux du processus utérin ou péri-utérin, qui l'ont engendrée. Ce sont, principalement : des phénomènes d'irritation vésicale dus à la pression exercée sur la vessie par le fond de l'utérus, ou à des tiraillements du col vésical (cystalgie, dysurie, pollakiurie, ténésme) ; de la dyschésie, due à la compression du

rectum ou à la paramérite postérieure; de la dyspareunie, suivie parfois d'une contraction spasmodique des ligaments postérieurs. Ces phénomènes sont surtout marqués lorsque l'utérus est fixé par des adhérences. Lorsqu'il est très mobile, les malades éprouvent parfois une sensation de ballonnement fort pénible. Dans tous les cas, la pression abdominale s'exerçant beaucoup plus activement, il en résulte une pesanteur marquée vers le fondement, pendant la marche.

L'antéversion se reconnaît facilement par le palper combiné. Le doigt, introduit dans le cul-de-sac vaginal antérieur, y rencontre la face correspondante de l'organe qu'il suit d'avant en arrière jusqu'à l'orifice du col; en même temps, la main qui palpe perçoit l'abaissement du fond de l'organe derrière le pubis et peut atteindre une bonne partie de sa face postérieure.

En combinant ce mode d'exploration au toucher rectal, au cathétérisme, au redressement manuel ou instrumental, on se rendra compte si l'antéversion est compliquée de métrite, de flexion, de fibrome de la paroi postérieure, d'exsudats para ou péri-métritiques.

D. Pronostic.

L'antéversion en soi n'est pas grave. Son pronostic dépend, en plus grande partie, des lésions qui l'engendrent et de leur curabilité.

E. Traitement.

On devra s'adresser tout d'abord aux lésions utérines ou péri-utérines qui peuvent coexister.

En même temps, on procurera quelque soulagement aux malades en immobilisant l'intestin et l'utérus à l'aide d'une ceinture hypogastrique à pelote médiane.

Les pessaires à antéversion agissent, soit en soulevant l'utérus (anneau élastique de Dumontpallier), soit en repoussant le col en avant (tampon placé dans le cul-de-sac postérieur, en arrière du col), ou, tout à la fois, en attirant le col en avant et en remontant le corps (pessaire en berceau de Graily Hewitt, pessaire à antéversion de Gehring, à boucle mobile, à coupe ouverte ou à coupe close de G. Thomas, etc.). Mais ces appareils sont ordinairement mal supportés et ne sont guère employés en France.

Les opérations de Sims, Simon, Hermann, sont à peu près abandonnées. Peut-être pourrait-on recourir à celle qu'a proposée Nicolétis, pour la rétroversion, en la pratiquant en sens inverse.

2° Antéflexion.

Étiologie et pathogénie.

L'antéflexion s'observe plus particulièrement chez des femmes jeunes, nullipares et nerveuses.

Elle est souvent d'origine *congénitale*: en ce cas, elle résulte d'un vice de développement qui modifie les rapports normaux du corps et du col et coïncide le plus souvent avec l'*infantilisme* de l'organe.

L'*antéflexion acquise* reconnaît pour causes ordinaires: l'irrégularité de l'involution puerpérale, par le fait du séjour de débris infectés sur la paroi postérieure de l'utérus (Martin); la métrite, qui ramollit le tissu de l'organe, particulièrement au niveau de l'isthme, si riche en vaisseaux; enfin, l'inflammation péri-utérine qui imprime à l'utérus son attitude vicieuse et l'y maintient.

Anatomie pathologique.

L'axe du corps forme avec celui du col un angle plus aigu qu'à l'état normal. Le fond de l'organe est derrière le pubis, déprimant la vessie qui, cependant, en raison de la laxité du tissu cellulaire, ne s'insinue pas jusqu'au sommet de l'angle; quelquefois même, elle se développe en avant de l'utérus qui se loge dans le cul-de-sac vésico-utérin.

L'antéflexion peut se combiner à l'*antéversion*, à la *rétroversion* et à la *retroposition*.

Dans l'*antéflexion simple*, le col regarde l'ouverture du vagin, ou bien un peu plus en avant ou en arrière (fig. 95).

G. Thomas distingue trois variétés de flexions: *flexion du corps*, *flexion du col*, *flexion du corps et du col l'un sur l'autre*. Nous croyons que la *flexion du col* se confond avec l'éversion traumatique de la lèvres antérieure et qu'elle peut coïncider avec l'antéflexion vraie, sans en être une variété.

Nous avons déjà eu l'occasion d'exposer les caractères de l'*antéflexion congénitale* (liv. III, chap. I, et liv. VI, chap. III).

Dans les *formes acquises*, les lésions sont celles de la métrite et prédominent au niveau même de la coudure: c'est sur ce point que les fongosités de la muqueuse sont le plus épaissies, et il s'y forme peu à peu un tissu de sclérose qui rend la déformation irréductible.

Contrairement aux vues des anciens auteurs, les lésions péri-utérines, quand elles existent, semblent constituées plus souvent

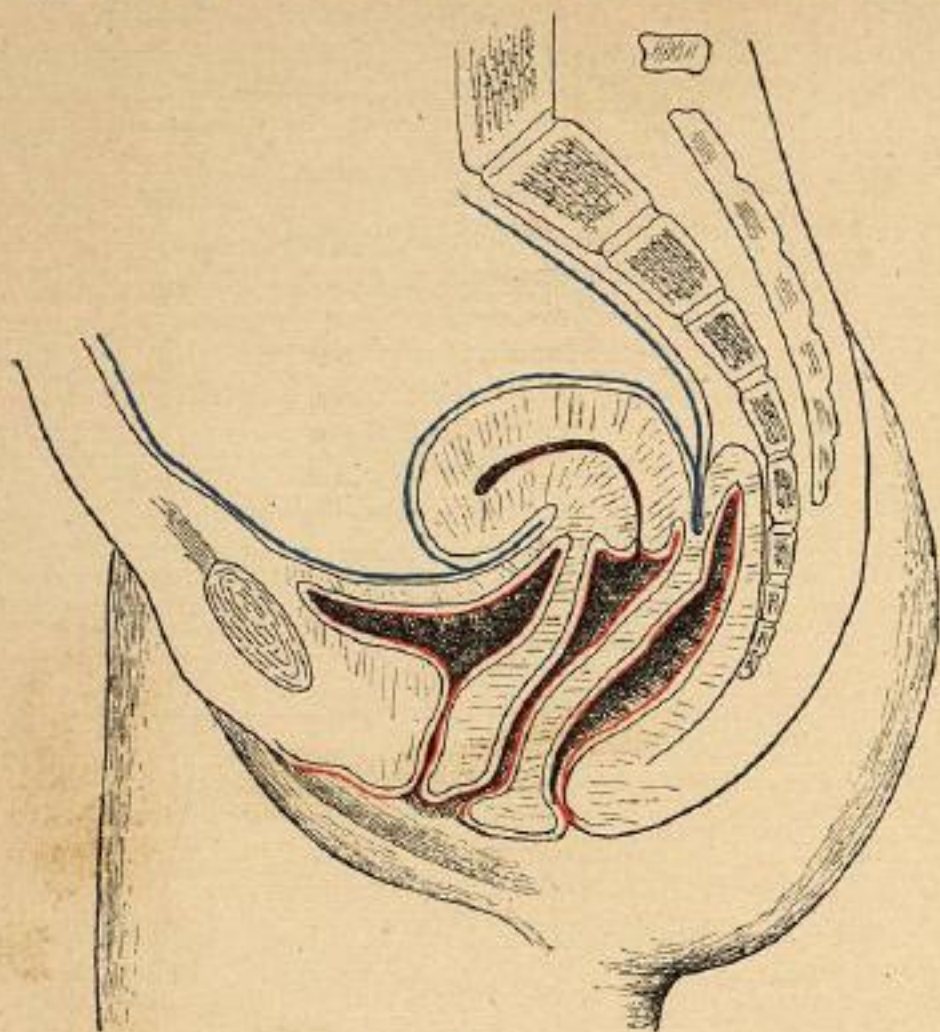


Fig. 93. — Antéflexion de l'utérus.

par des brides péritonéales que par la paramétrite postérieure avec rétraction des ligaments utéro-sacrés.

Symptômes et diagnostic.

Dans l'antéflexion congénitale, l'établissement de la menstruation est souvent tardif et interrompu, pendant plusieurs mois ou plusieurs années, par des périodes plus ou moins longues d'aménorrhée. Les douleurs menstruelles sont caractéristiques : ce sont des *coliques utérines paroxystiques*, analogues à celles du début de l'accouchement, s'irradiant parfois aux reins et aux cuisses, com-

mençant dès avant l'apparition de l'écoulement, s'atténuant alors, mais persistant souvent aussi pendant toute sa durée. L'écoulement lui-même est souvent irrégulier et comme intermittent.

On a attribué ces phénomènes à l'obstacle mécanique apporté par la coudure et aux efforts du muscle, qui se contracte en amont de l'obstacle (Sims, Simpson) ; à la tension vasculaire due à la plicature des vaisseaux (Fritsch) ; à l'inflammation utérine et péri-utérine (Schultze) ; à l'effusion de quelques gouttes de sang dans le cul-de-sac de Douglas (Pozzi) ; à l'hypertrophie de la muqueuse et du parenchyme (M. Duncan).

Ces diverses théories ont toutes leur raison d'être, suivant les circonstances.

La *stérilité*, quand elle existe, est imputable à la déformation, au catarrhe du col, ou aux lésions annexielles.

On peut observer, comme dans l'antéversion et pour les mêmes causes : la *dysurie*, la *dyschésie* et la *dyspareunie*.

Par le *toucher*, combiné au *palper*, on trouve le col dans l'axe du vagin, ou bien, dirigé vers la paroi antérieure ou postérieure, suivant la part qu'il prend à la flexion. Celle-ci se dessine sous forme d'un angle plus ou moins aigu, séparant le col du corps qui est infléchi, derrière le pubis, à la manière d'une *crosse de pistolet*.

Le cathétérisme fournit les moyens d'apprécier le degré de la sténose et la réductibilité de la déviation. Combiné au palper, il permettra de conclure à la présence ou à l'absence d'un fibrome interstitiel ou sous-péritonéal de la paroi antérieure, qui peut donner le change pour la flexion, ou coexister avec elle, sur l'une ou l'autre des deux parois.

L'exploration devra également porter sur le cul-de-sac de Douglas, sur les ligaments et les annexes, et révélera, s'il y a lieu, les lésions péri-utérines, qui doivent être traitées avant la déviation.

Signalons enfin, pour mémoire, l'erreur classique de Levret, qui prit pour une antéflexion, un gros calcul vésical.

Pronostic.

Il est subordonné au degré de sténose du conduit cervico-utérin ; aux conditions étiologiques de la flexion et surtout à l'ancienneté des lésions parenchymateuses, s'il s'agit de flexion acquise ; enfin, aux lésions associées.

D'après Freund, l'antéflexion peut être une cause, sinon déterminante, au moins prédisposante à la rétention du délivre, et

explique les cas dans lesquels les tractions intempestives sur le cordon, le seigle ergoté, etc., n'étant pas en cause, on observe, chez la même femme et à chaque accouchement, une coarctation de l'anneau musculaire de contraction sur l'arrière-faix. Immédiatement après la délivrance, l'utérus revienait à son degré antérieur d'antéflexion.

Traitement.

Dans le cas d'antéflexion congénitale avec sténose et troubles menstruels, le traitement général, tonique et antispasmodique, est utile. Localement, les injections chaudes, la dilatation progressive et répétée, l'électrolyse négative, suffisent souvent à régulariser les règles.

Chez les femmes mariées et stériles, la *discision*, l'*amputation biconique du col*, la *stomatoplastie*, complètent l'action des moyens précédents.

Dans les formes acquises, il y a toujours un certain degré de métrite du corps et surtout du col. Les dilatations répétées, à la laminaire et à l'éponge, le curettage, ou simplement l'électrolyse négative, à la dose de 50 milliampères, combinés, s'il y a lieu, aux opérations plastiques sus-énoncées, constituent l'ensemble du traitement.

On a pratiqué aussi la *discision de l'orifice interne*, l'incision longitudinale de la lèvres postérieure du col (Sims); l'excision partielle ou totale de cette même lèvres; l'incision de l'éperon antérieur, combinée à celle de la lèvres postérieure. Thiriar a tout dernièrement conseillé d'aviver, après laparotomie, la face péritonéale de l'éperon et de le redresser par une suture (*cunéihystérotomie*).

Nous ne savons quel sort est réservé à cette opération, qui a été pratiquée une fois avec succès par son auteur; quant à l'opération de Sims et aux opérations similaires, elles sont actuellement abandonnées, comme étant d'un emploi illusoire ou dangereux.

Pour maintenir les résultats de la dilatation ou de la discision, on aura recours, si on le juge utile, à la tige de verre d'Emmet ou à la tige métallique de Lefour. Cette dernière est cannelée, pour faciliter l'écoulement des sécrétions, et présente, à sa base, de petits trous qui permettent de la fixer au col par des crins de Florence. C'est, en somme, une sorte de pessaire intra-utérin, supérieur, au point de vue de la fixation et de l'antisepsie, à ceux que l'on conseillait naguère.

Les *pessaires vaginaux*, analogues à ceux déjà signalés pour l'antéversion, sont passibles des mêmes reproches.

II. — RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

(RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION)

La *rétroversion* et la *rétroflexion* peuvent s'observer isolément, la première surtout. Mais comme leur étude offre de nombreux points de contact, il y a grand intérêt à ne pas la scinder.

Les *rétrodéviation*s figurent en bloc pour 15 à 20 p. 100 des cas gynécologiques.

Pathogénie.

Elles sont plus rarement congénitales (3 p. 100) que les antédéviationes et s'observent de préférence après une ou plusieurs grossesses.

Nous avons vu comment, à un moment donné de l'évolution du prolapsus, la matrice, du fait seul de son redressement, a tendance à se renverser en arrière. Si l'organe est résistant et libre d'adhérences, il se dévie en totalité, en conservant son antécourbure physiologique (*rétroversion pure*). Mais souvent, du fait même des troubles circulatoires et trophiques qui commandent la déviation, sa consistance est diminuée, particulièrement au niveau de l'isthme, point le plus vasculaire et le plus faible; dans ces conditions, il s'infléchit dans le sens de la pression qu'il supporte (*rétroversion-flexion*).

Si le ramollissement de l'utérus l'emporte tout d'abord sur le relâchement de ses moyens de fixité, on comprend que la flexion puisse être le temps initial de la double déviation et même qu'elle puisse avoir lieu en avant au lieu de se produire en arrière.

Dans un deuxième ordre de faits, la *rétrodéviation* n'est que la conséquence de l'inflammation péri-utérine. Mais, à un moment donné, après guérison ou amendement des lésions annexielles, elle pourra dominer la scène, constituant, en elle-même, une affection pénible et rebelle.

La *rétrodéviation* peut encore dépendre d'une tumeur.

Enfin, qu'un traumatisme vienne à surprendre l'organe dans l'état de distension de la vessie, il le fléchira en le renversant brusquement en arrière. Cette *rétrodéviation aiguë* peut se produire à tout âge, même chez les jeunes filles; mais, on l'observe de préférence à une époque voisine de l'accouchement.

Ainsi donc, au point de vue pathogénique, les *rétrodéviation*s se rangent sous quatre chefs principaux: 1° *Rétrodéviation*s congénitales.

— 2° *Rétrodéviation par relâchement du tissu utérin et de ses moyens de fixité.* — 3° *Rétrodéviation secondaires à une inflammation ou à une tumeur pelvienne.* — 4° *Rétrodéviation traumatiques.*

Étiologie.

1° Les *rétrodéviation congénitales* sont associées à l'infantilisme utérin ou à la brièveté excessive de la paroi antérieure du vagin.

2° Les *rétrodéviation traumatiques* sont facilitées par le lymphatisme, l'anémie, l'amaigrissement, en un mot, par toutes les causes d'affaiblissement général; par la subinvolution, par l'usage de corsets défectueux, de ceintures mal faites ou conseillées à tort, par la rareté des mictions, etc.

Elles sont ordinairement déterminées par un coup, une chute sur le bas-ventre ou le siège, certains exercices gymnastiques (saut, équitation), un effort brusque.

3° Les causes susceptibles de relâcher le tissu utérin et ses moyens de fixité, ont déjà été énumérées à propos du prolapsus.

4° Toutes les variétés d'*ovaro-salpingite* et de *pelvi-péritonite* peuvent entraîner mécaniquement l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas et l'y maintenir fixé par un travail d'adhérences.

Dans la *paramétrite postérieure*, les ligaments utéro-sacrés, d'abord rétractés, fixent le col en arrière et si, par ailleurs, les conditions sont favorables, c'est une *rétroflexion* qui se produira. Plus tard, le relâchement de ces mêmes ligaments entraînera la rétroversion.

La *paramétrite antérieure*, l'atrophie sénile et certaines cicatrices vicieuses du vagin, agissent dans ce dernier sens en fixant le col en avant. Enfin, le fond de l'utérus pourrait être attiré en arrière et en dehors par des trainées cicatricielles sur le trajet de l'artère ovarienne (*paramétrite supérieure* de Ziegensprak).

5° On conçoit facilement l'action que peuvent avoir les fibromes de la paroi postérieure et les diverses tumeurs du bassin.

Anatomie pathologique.

Dans la *rétroversion* (fig. 96), le fond de l'organe est dirigé vers le promontoire, ou même plus bas, jusqu'à reposer au fond du cul-de-sac de Douglas; le col, au contraire, est reporté en avant, vers la symphyse, et refoule la paroi antérieure du vagin. Dans les cas extrêmes, le renversement est complet et le corps vient se loger, en le dédoublant, dans l'interstice de la cloison recto-vaginale, le col regardant directement en haut.

Le tissu utérin est mou ou rigide suivant la forme de métrite coexistante. C'est au fond de l'organe que les lésions muqueuses sont le plus accentuées. En ce même point, le parenchyme est parfois singulièrement ramolli ou présente des nouures fibreuses ou oedémateuses qui peuvent égarer le diagnostic.

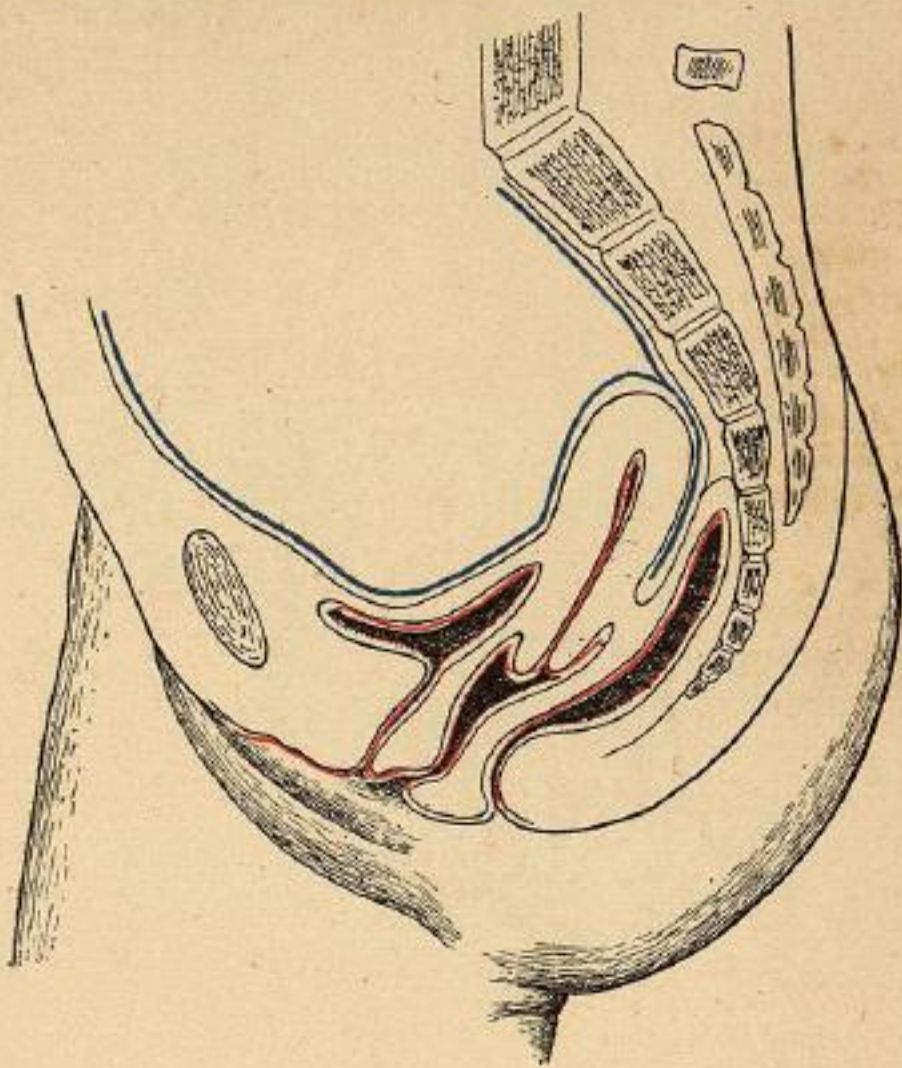


Fig. 96. — Rétroversion au 1^{er} degré.

Dans les cas simples, les lésions de voisinage se résument dans l'allongement des ligaments ronds et utéro-sacrés et dans la torsion des ligaments larges.

Il y a souvent un certain degré de prolapsus total dans lequel la colpocèle postérieure est très apparente, tandis que la colpocèle antérieure ne se manifeste qu'après redressement de la déviation.

Dans la *rétroflexion* (fig. 97), le corps de l'utérus est aussi plus ou

moins renversé dans le cul-de-sac de Douglas; mais le col reste dans l'axe du vagin ou même regarde directement en arrière. Ses lèvres sont tuméfiées et la postérieure est souvent plus développée que l'autre.

Les parois de l'utérus sont d'épaisseur inégale, comme dans l'an-

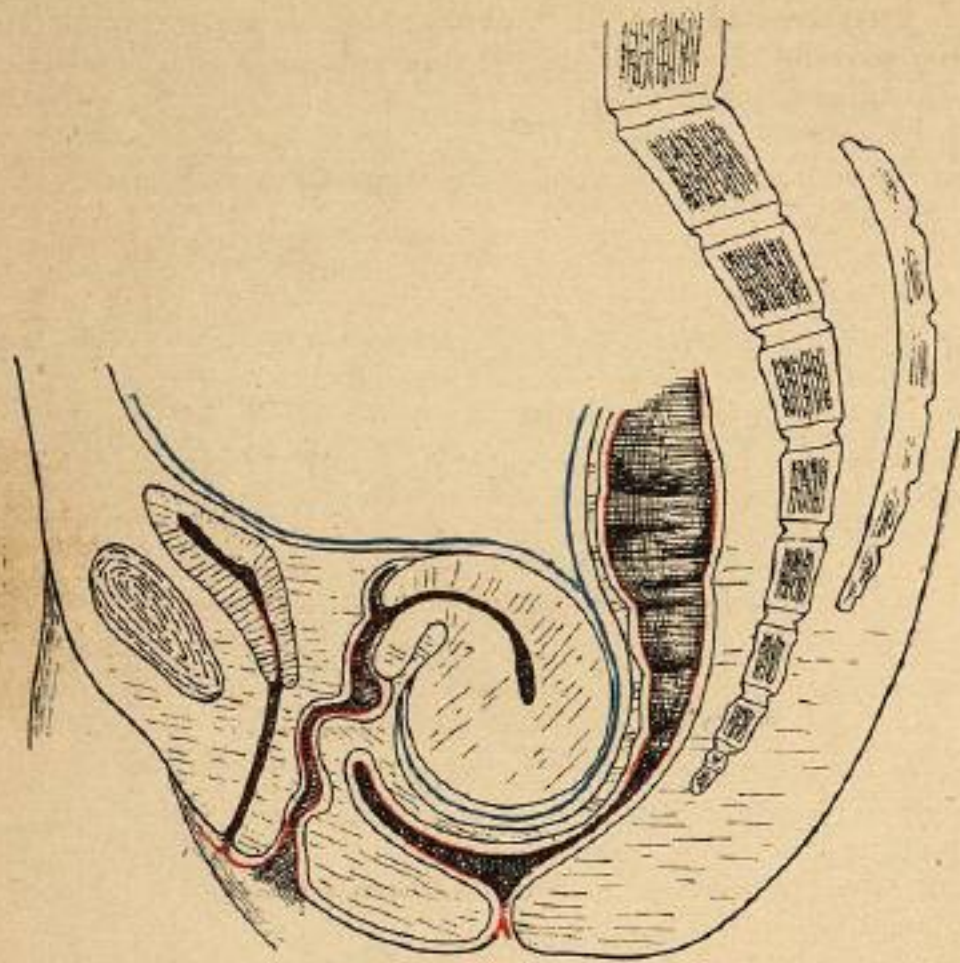


Fig. 97. — Rétroflexion.

téflexion : c'est le plus souvent l'antérieure qui est atrophiée, bien que Fritsch ait observé le contraire.

L'angle de flexion est plus ou moins aigu, fermé parfois au point de produire l'obstruction complète et l'hydrométrie, chez les vieilles femmes.

Les altérations histologiques sont d'ailleurs les mêmes que dans l'antéflexion.

Les lésions de voisinage sont variables : en dehors des ovaro-salpingites, ce sont surtout des adhérences étendues du fond et de

l'une des faces de l'organe à la paroi correspondante du cul-de-sac de Douglas, des trainées paramétriques fixant le col en avant ou en arrière, des cicatrices vaginales, etc.

Symptômes.

A. Symptômes subjectifs et fonctionnels. — 1° Un bon nombre de rétrodéviation, mobiles et non compliquées de prolapsus, ne déterminent aucun symptôme.

2° Les rétrodéviation *congénitales* ne se manifestent souvent qu'à l'époque de la puberté, par la dysménorrhée et l'exagération du flux menstruel.

On les rencontre aussi, comme les antédéviation, chez les jeunes femmes qui viennent consulter pour la stérilité.

3° La *rétrodéviation aiguë, traumatique*, se produit brusquement, aussitôt après l'intervention de la cause. Elle s'accuse par une douleur vive, syncopale, imputable à la brusque distension des plexus utéro-ovariens (Tillaux), et qui disparaît d'ordinaire aussitôt après le redressement. Cette douleur s'accompagne d'un besoin de pousser, de ténésme rectal et vésical, parfois de vomissements et d'hémorragie abondante, si le déplacement survient à une époque rapprochée de la parturition.

4° La *rétrodéviation chronique et réductible* s'établit progressivement et n'attire l'attention que plusieurs semaines après son début.

Son symptôme le plus précoce et le plus constant consiste en une *douleur sacrée*, continue ou intermittente, exagérée par toutes les causes de congestion et notamment par la menstruation. A cette douleur se joint une *sensation de pesanteur*, de *pression* sur le fondement; des *troubles vésicaux* (*dysurie, pollakiurie, strangurie*, etc.), dus aux tiraillements exercés sur le col vésical; de la *dyschésie*.

La *constipation* est la règle, et semble due, non pas tant à la compression du rectum, qu'à sa parésie réflexe.

Les rétroversions instables peuvent gêner beaucoup les malades, pour peu qu'elles soient nerveuses, du fait seul de l'extrême mobilité de l'organe.

Enfin, on peut constater, au toucher du fond de l'utérus et sans qu'il y ait inflammation périphérique, un certain degré de sensibilité, qui disparaîtrait après le redressement (Munde).

La *métrite*, si elle n'existait déjà, finit généralement par se développer à la faveur des troubles circulatoires, qui suffisent, en tout cas, pour expliquer l'hypertrophie fréquente de la muqueuse, source d'hémorragies menstruelles et intermenstruelles, entrecoupées

de suintements sanguins, à l'occasion de fatigues ou du coït.

La *dysménorrhée*, beaucoup moins fréquente que dans l'antéflexion, s'explique par la position déclive et, mieux encore, par la condure de l'organe, quand elle existe.

La *stérilité* n'est pas constante. Elle est plus fréquente dans la rétroflexion que dans la rétroversion pure, dans la forme congénitale que dans les formes acquises.

3° Quand la rétrodéviatiou est due à l'*inflammation péri-utérine*, tous ces symptômes se confondent avec ceux de l'affection génératrice et dominante.

Les symptômes *généraux et éloignés* des rétrodéviations sont identiques à ceux du prolapsus.

Si la grossesse survient dans un utérus rétroversé ou rétrofléchi, diverses éventualités peuvent se produire : ou bien le déplacement se corrige de lui-même, et la grossesse évolue d'une façon normale; ou bien il survient des accidents d'incarcération se traduisant : du côté du rectum, par du ténesme, de la constipation ou même de l'obstruction; du côté de la vessie, par de la dysurie à laquelle succède la rétention ou la fausse incontinence; du côté du périnée et des membres inférieurs, par l'œdème; enfin il peut survenir des vomissements *incoercibles* et l'état de la malade devient vite alarmant.

Si on intervient à temps, ces accidents cessent après réduction de l'utérus; sinon, le plus souvent, la malade avorte. On a vu parfois survenir le sphacèle de l'utérus, de la vessie, du rectum, avec toutes ses conséquences; l'urémie, par compression; la rupture du péritoine, etc. (Treub).

B. Signes physiques. — Dans la *rétroversion pure*, on trouve, par le palper combiné, le col dirigé en haut et en avant et, le corps, en bas et en arrière. Le doigt vaginal, poussé dans cette direction, peut arriver à sentir, sur la face postérieure de l'utérus, une saillie longitudinale caractéristique : la *crête médiane* (Le Dentu et Pichevin).

D'autre part, la main hypogastrique ne trouve pas le fond de l'organe à sa place normale. Le toucher rectal est d'un précieux secours lorsque les parois abdominales sont épaisses ou résistantes.

S'il y a, *en même temps, rétroflexion*, le col est encore dévié en haut et en avant, mais le corps, renversé dans le cul-de-sac, en est séparé par un sillon plus ou moins accusé.

Dans la *rétroflexion pure*, le col est dans l'axe du vagin ou même dirigé en bas et en arrière; mais, alors, le pli de flexion est très

profond et le doigt perçoit la saillie globuleuse que forme le corps dans le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic.

Le cathétérisme, le palper associé au toucher vaginal ou rectal, à l'abaissement du col, et, au besoin, l'anesthésie, feront distinguer la rétrodéviatiou d'un *fibrome de la paroi postérieure*, d'une *tumescence* ou *tumeur des annexes*, d'une *hématocèle*, d'une *entérocele adhérente*, de noyaux de *paramérite*, d'une *antéflexion* très aiguë ou, encore, de *scybales* accumulées dans le rectum.

L'âge et l'histoire génitale de la malade, l'examen complet du vagin, de l'utérus et du bassin, permettront d'établir si la déviation est congénitale ou acquise; si elle est liée au prolapsus utéro-vaginal, ou à des adhérences vaginales ou pelviennes.

Au point de vue de la *réductibilité*, on peut diviser les rétrodéviations : en *mobiles, résistantes et irréductibles*.

Les *premières* se redressent par la simple pression du doigt sur la face antérieure du col, à laquelle vient se joindre, à un moment donné, l'action de la main abdominale.

La position génu-pectorale, seule ou combinée au toucher vaginal ou rectal, à la traction du col, peut donner le même résultat. Mais il est bien plus simple de recourir à l'hystéromètre.

Dans le cas de rétroversion *résistante*, si, pendant les manœuvres de réduction manuelle, instrumentale ou digitale, on explore soigneusement les culs-de-sac, on se rendra compte que la résistance vient, soit d'adhérences intra-péritonéales, larges ou funiculaires, extensibles, qui unissent l'utérus au rectum, aux parois du bassin, aux annexes prolabées; soit à des rétractions ligamentaires ou à des trainées cicatricielles, sous-séreuses, qui retiennent le col. Schultze fait observer que la réduction est surtout entravée par les obstacles de la première catégorie, tandis que les autres ne s'opposent guère qu'à son maintien et constituent plutôt une *variété de rétrodéviatiou mobile*. Cette remarque paraît très juste, sauf peut-être en ce qui concerne les rétractions ligamentaires auxquelles nous serions portés à attribuer une bonne part des rétroversions *résistantes, mais réductibles* sans rupture d'adhérences, grâce à l'action répétée des redresseurs, des tentes, du tamponnement, du massage.

Les difficultés de la réduction peuvent tenir à l'enclavement de l'utérus entre les ligaments utéro-sacrés rétractés : en ce cas, on aura recours à une pression continue, exercée de bas en haut, sur le fond de l'organe.

On se défiera des *fausses réductions*, qui consistent dans l'allongement de la paroi antérieure de l'utérus, sur la sonde, alors que la postérieure reste fixée; ou encore, dans l'entraînement, en masse, de l'utérus et du rectum adhérents l'un à l'autre.

Il ne faut jamais exercer de violences dans les tentatives de réduction : lorsqu'elles ont échoué plusieurs fois, même avec l'appoint de la dilatation progressive de l'utérus et du tamponnement méthodique du vagin, il faut en conclure que la rétrodévi-ation est *irréductible*, qu'elle est due à des adhérences intra-péritonéales solides, et instituer le traitement en conséquence.

Pronostic.

Les rétrodéviations simples et *réductibles* n'occasionnent ordinairement de malaises accentués que chez les nerveuses, et ne sont incompatibles ni avec la conception, ni avec la grossesse normale.

Les rétrodéviations, compliquées d'inflammation utérine ou péritonéale, sont très mal supportées et exposent à l'avortement et à l'enclavement de l'utérus gravide.

Les rétrodéviations *traumatiques* cèdent facilement, et d'une façon définitive, si elles sont traitées à temps.

Les rétrodéviations *congénitales* sont beaucoup plus rebelles.

D'une manière générale, le pronostic dépend surtout de la réductibilité du déplacement et la *rétroversion pure* a moins d'importance que la *rétroflexion*.

Traitement.

Convient-il de traiter les rétrodéviations *silencieuses*? Nous pensons qu'il vaut mieux abandonner à eux-mêmes les cas *anciens* et instituer, pour les cas *récents*, sur les bases que nous indiquerons plus loin, des soins préventifs, destinés à en arrêter la marche.

Quant au traitement des rétrodéviations *mal supportées*, il variera, suivant qu'elles sont simples ou compliquées, et suivant la nature des complications.

Mais il comportera toujours deux éléments distincts : *réduction de la déviation et maintien de la réduction*.

A. Rétrodéviations simples. — La *dilatation* prolongée et répétée, s'il y a flexion, des séances de *redressement manuel* ou *instrumental*, la *réduction spontanée par la position genu-pectorale*, suffisent parfois, dans des cas récents de rétrodéviations traumatiques ou par subinvolution. On y joindra le repos, les injections chaudes, les bains salés, le tamponnement vaginal.

Si ces moyens échouent, on aura recours aux pessaires, ou à l'intervention chirurgicale.

Les *pessaires*, employés pour la rétrodéviations, sont tous basés sur le modèle primitif de Hodge; ils consistent en un double levier dont le postérieur, plus long, prend appui dans le cul-de-sac vaginal postérieur, et l'antérieur, plus court, sur le pubis. Le pessaire de Smith, plus allongé que celui de Hodge, convient aux vagins longs et résistants. Le pessaire d'Emmet, moins courbé que celui de Smith, le pessaire à bulbe postérieur de Thomas, ont pour but d'éviter la rétroflexion de l'utérus sur l'appareil. Le pessaire *en traineau* est applicable à la rétroversion compliquée de prolapsus, avec relâchement considérable de la paroi vaginale antérieure (Schultze). Le pessaire en 8 conviendrait à la majorité des cas (Schultze) (voir 2^{me} partie).

Dans les conditions spéciales où nous nous plaçons (absence de complications d'aucune sorte : vagin non affaissé, périnée suffisante, etc.), un bon pessaire peut suffire; mais si la malade est jeune, mieux vaut lui proposer le *raccourcissement des ligaments ronds* (Alexander, Adams, Trélat, Doléris, Segond, Terrillon, Pozzi, Schwartz, Mundé, Zeiss, Kustner, etc., etc.). Les opérations qui comportent la laparotomie, comme premier temps, ne nous semblent pas justifiées en pareil cas.

Nous citerons, seulement pour mémoire, les procédés suivants :

Cautérisation de la paroi vaginale du côté opposé à la déviation (Amussat, Courty), procédé dangereux, infidèle et suranné.

Vagino-fixation du col, sans amputation (Richelot père, Bossi).

Raccourcissement de la paroi antérieure du vagin.

Fixation du fond de l'utérus au cul-de-sac vésico-utérin (Schucking, Säger).

B. Rétrodéviations compliquées. — 1^o **RÉTRODÉVIATION COMPLIQUÉE DE MÉTRITE.** — La métrite, à des degrés divers, complique le plus souvent la rétrodéviations et peut même occuper le premier plan. Dans ce cas on pourra se contenter, provisoirement, du curetage, avec ou sans amputation du col, ou le faire suivre immédiatement de l'intervention indiquée pour la déviation.

2^o **RÉTRODÉVIATION COMPLIQUÉE DU PROLAPSUS.** — Dans les déplacements légers, le massage et les moyens orthopédiques ont donné des succès et peuvent être essayés.

Mais s'il y a effondrement prononcé des organes pelviens, avec large déchirure du périnée, l'emploi des moyens précédents est absolument illusoire.

Aux lésions complexes dont la rétrodéviations fait intimement partie, il faut opposer des opérations multiples : opération d'Alexan-

der ou hystéropexie, colporraphie, etc. Nous avons déjà insisté, à propos du prolapsus, sur ces notions, dont nous sommes particulièrement redevables à Doléris.

Les divers procédés d'hystéropexie abdominale, sans ouverture du péritoine (M. Sims, Caneva, etc.), sont infidèles ou dangereux.

Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, larges, utéro-sacrés et la colpo-hystéropexie pelvienne postérieure de Freund ne sont que de simples tentatives opératoires, dignes d'intérêt.

3° RÉTRODÉVIATION COMPLIQUÉE D'ADHÉRENCES PÉRITONÉALES OU DE TRACTUS SOUS-SÉREUX. — a. *Rétrodéviation résistante.* — Dans le cas de rétrodéviation résistante, le redressement s'obtiendra en combinant la dilatation prolongée par les tentes, avec le tamponnement vaginal, les injections intra-utérines chaudes, les manœuvres instrumentales et le massage, qui seront pratiqués à chaque changement de laminaire ou d'éponge. Schultze insiste beaucoup sur les bons résultats que lui donne l'emploi combiné du massage et des moyens de contention. Il masse sur les tampons et les pessaires, et même sur les tiges intra-utérines (en ivoire ou en cellulose), qu'il applique en même temps que le pessaire en 8, dans la rétroflexion récidivante.

La destruction indirecte des adhérences, d'après le procédé du même auteur, est assez aveugle, risque de réveiller des foyers inflammatoires et de provoquer des hémorragies internes. Bien que l'auteur affirme n'avoir jamais observé de faits semblables, nous n'hésitons pas à préférer la libération directe après laparotomie.

La trachelorrhaphie d'Emmet ou la résection cervicale de Schröder, suffisent parfois à faire disparaître les trainées cicatricielles latérales, provenant de la déchirure du col. Pour obtenir directement ce résultat, Martin enfonce, de dehors et en dedans et le long du col, un couteau pointu, à deux tranchants, qu'il promène assez haut et assez profondément.

Dans le cas de brièveté infantile de la paroi vaginale antérieure, Skutsch incise transversalement cette paroi, écarte les lèvres de la plaie produite, et les réunit par des sutures transversales qui déterminent un allongement de la paroi.

La rétrodéviation résistante étant devenue mobile, est traitée comme telle. C'est ainsi, qu'à l'exemple de Doléris, nous avons pu obtenir des résultats satisfaisants en pareil cas, en combinant l'Alexander aux opérations vagino-périnéales.

b. *Rétrodéviation irréductible.* — Il faut ici recourir à la laparotomie, suivie de la simple destruction des adhérences, ou de l'ablation des annexes malades, ce qui peut suffire à guérir le déplacement en supprimant ses causes. Si on en juge autrement, et il doit

en être ainsi dans le cas de rétraction prononcée des ligaments, on fera l'hystéropexie.

Quant à l'hystérectomie vaginale, elle ne peut être justifiée que par des lésions surajoutées ou l'âge avancé de la malade. Encore, dans le premier cas, devra-t-on s'en tenir, autant que possible, à l'élythrotomie postérieure que Schultze, Boisleux, emploient d'une façon systématique et, dans le second, joindre à l'opération radicale une large résection du vagin, voire même la périnéorrhaphie.