

résultats. Il y a lieu de signaler la pratique de Laroyenne qui recommande expressément de fixer l'utérus au-dessous de la ligne d'insertion des trompes.

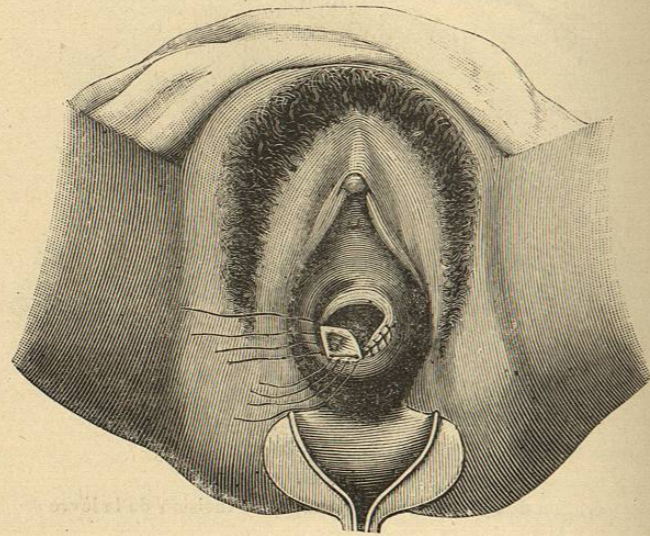


Fig. 48. — Opération de Dudley (deuxième temps). — La suture du lambeau gauche est achevée et les fils placés dans le lambeau droit que l'on a commencé à relier sur lui-même.



Fig. 49. — Opération de Dudley (troisième temps). — Amputation de la lèvre supérieure du col. Les lambeaux postérieurs sont repliés et suturés.

OPÉRATION DE NICOLETIS. — Cette opération est à juste titre abandonnée.

OPÉRATION D'ALEXANDER. — Le raccourcissement des ligaments ronds a été préconisé par Casati.

Indications du traitement. — Trois indications principales doivent être remplies dans la majorité des cas : 1° redresser l'axe cervico-utérin ; 2° modifier la muqueuse utérine ; 3° s'opposer à la reproduction de l'angle de flexion.

Il est indiqué de dilater l'utérus, lentement, avec des lamineaires ; de curer la cavité cervico-corporéale, de

la modifier par des liquides et des substances antiseptiques, et de maintenir le redressement à l'aide d'une tige intra-utérine de Lefour.

Si l'orifice externe est atrésié, s'il existe des signes de métrite ou un allongement du col, il est bon de combiner l'opération de Schröder,

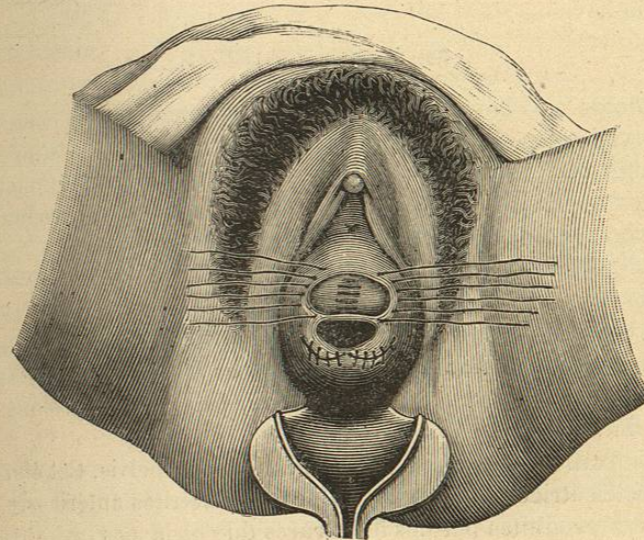


Fig. 50. — Opération de Dudley (Voy. troisième temps). — Les sutures postérieures sont terminées, les fils sont placés dans le moignon de la lèvre antérieure.

mation péri-utérine, il est indiqué de traiter celle-ci par les procédés habituels.

DÉVIATION DE L'UTÉRUS EN ARRIÈRE OU RÉTRODÉVIATION (1).

Les déviations en arrière sont considérées comme étant les plus fréquentes. Il est vrai que l'on est mal fixé sur la fréquence et l'existence même des troubles dus à l'antéflexion et à l'antéversion pathologiques. La déviation en arrière cause, au contraire, des troubles si marqués, est si facilement reconnue et frappe tellement l'esprit par le changement total qui est apporté à la situation normale de l'utérus que, naturellement, on a remarqué la fréquence des rétrodéviations. Sanger estime à 15 p. 100 la proportion de femmes atteintes de rétrodéviations par rapport à toutes celles qui viennent consulter pour une affection gynécologique. Ce chiffre serait réduit à 10,10 p. 100 suivant le dire de Winckel, tandis que Löhlein donne la proportion de 17 à 18 p. 100. Delbet, dans une statistique importante, arrive à 25,7 p. 100.

Ce qui a été dit au sujet de la version et de la flexion (p. 299 et suiv.) permet d'englober dans une même description la rétroversion et la

(1) Le mot *rétrodeviation* a été attaqué peut-être avec raison. Il a fini par être d'un usage si fréquent qu'il faut l'adopter. Il veut dire déviation en arrière. Il comprend la rétroversion et la rétroflexion.

rétroflexion, d'autant plus que la combinaison de ces deux états n'est pas rare et que l'on peut prendre pour type de description la rétroversion-flexion.

Rétroversion et rétroflexion.

Étiologie. — La rétrodéviat[i]on, qui est quelquefois congénitale, s'observe le plus souvent chez les multipares. La puerpéralité domine l'étiologie de la déviation de l'utérus en arrière. Suivant Schultze, la rétroflexion et la rétroversion de l'utérus peuvent être produites par cinq causes principales :

1° Le relâchement des moyens de fixité de l'utérus, à savoir : les muscles rétracteurs de l'utérus, les muscles contenus dans les ligaments larges, les ligaments ronds et les aponévroses du diaphragme pelvien. Ce relâchement est favorisé par l'état puerpéral, par la résorption de la paramétrite postérieure, par le repos prolongé dans le décubitus dorsal.

2° La fixation du col à la partie antérieure du pelvis. Cet état serait dû à des cicatrices consécutives à des paramétrites antérieures, à des cicatrices produites par des déchirures du col, à des opérations non aseptiques, à des fistules vésico-vaginales, à des atrésies et à des sténoses du vagin.

3° Un vagin trop court, notamment le raccourcissement de la paroi vaginale antérieure.

4° La plénitude habituelle de la vessie, surtout quand cet état coïncide avec une paroi vaginale trop courte.

5° Une vulve béante avec déchirure périnéale.

Parmi les autres causes qui peuvent être invoquées à titre exceptionnel, le même auteur cite les tumeurs de la paroi antérieure, les myomes situés à la partie antérieure du col, les adhérences postérieures produites par une inflammation tubo-ovarienne, la régression de certains exsudats. Küstner admet comme cause de la rétroversion-flexion l'arrêt de développement du ligament ovaro-pelvien qui met obstacle à la descente de l'ovaire et empêche l'utérus de se mettre en position physiologique. L'absence d'involution de la paroi utérine antérieure produite par l'insertion des restes du placenta déterminerait, d'après Martin, un état qui favoriserait la déviation en arrière. Mais cette cause n'a pas été universellement admise par les gynécologues. La rétraction de la paroi utérine postérieure ou l'allongement de la paroi antérieure ne peuvent guère entrer en ligne de compte parmi les causes de la rétrodéviat[i]on.

Ce qui est certain, c'est que les déviations en arrière sont sous la dépendance d'un état pathologique de l'appareil ligamentaire et musculaire du diaphragme pelvien. Cet état serait souvent dû, suivant Schultze, à la paramétrite postérieure. L'inflammation péri-métri-salpingienne est plus souvent en cause. Celle-ci est produite ordinai-

rement par l'infection puerpérale et, dans les autres cas, par le gonocoque. Mais il faut reconnaître que la rétrodéviat[i]on succède le plus souvent à l'avortement et à l'accouchement.

Pathogénie. — Il semble qu'il soit assez aisé de bien interpréter la grande majorité des cas des rétrodéviations acquises, qui sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus intéressantes.

Rétrodéviat[i]on par insuffisance du diaphragme pelvien. — L'accouchement produit des lésions mécaniques qui portent sur l'appareil de sustentation et de soutien de l'utérus. Par suite de la défect[i]on de la partie rétro-utérine du diaphragme pelvien, du fait du relâchement des ligaments utéro-sacrés et d'une partie des ligaments transverses du col, en l'absence de l'involution normale, l'utérus gros, mal soutenu, se porte en arrière et n'est plus même maintenu par les ligaments ronds dans son mouvement de bascule du côté du sacrum. Ainsi se produit une rétrodéviat[i]on mobile, sans intervention de l'élément inflammatoire, sans production d'adhérences. Il y a lieu d'ajouter que, plus tard, sous l'influence d'une infection venue soit du vagin, soit du rectum, il peut se produire une inflammation autour de l'utérus qui est secondairement immobilisé.

Rétrodéviat[i]on par suite d'infection et d'inflammation péri-utérine. — Dans d'autres circonstances, l'élément infectieux existe d'emblée. L'inflammation, limitée à l'utérus, affaiblit la paroi utérine au niveau de la charnière, et la matrice, sous l'influence des causes les plus banales (distension vésicale, etc.), se dirige en arrière, d'autant plus aisément que le plancher pelvien peut avoir été atteint plus ou moins profondément (fig. 51).

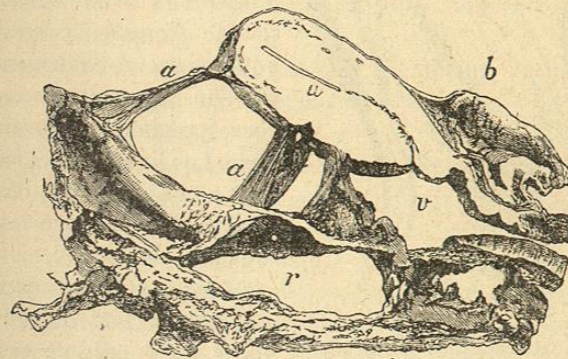


Fig. 51. — Utérus en rétroversion et fixé en arrière par des adhérences péritonéales (Winckel). — aa, adhérences; b, vessie; v, vagin; u, utérus; r, rectum.

Ailleurs, aux lésions traumatiques consécutives à l'accouchement et aux fausses couches s'ajoute l'influence des agents infectieux. Le diaphragme pelvien est affaibli par le seul fait de l'inflammation qui porte sur le plancher pelvien; l'utérus gros, congestionné, enflammé,

a un point faible au niveau de l'isthme. Des lésions périméto-salpingiennes attirent en arrière l'utérus, le culbutent, l'y maintiennent et le fixent. L'utérus se culbute en arrière parce que, des deux segments pré- et rétro-utérin, le postérieur est plus atteint. Les ligaments utéro-sacrés sont relâchés et affaiblis; le releveur est atteint, l'utérus s'abaisse plus ou moins. Les ligaments ronds, en particulier, retiennent encore le fond en avant pendant un certain temps, mais ils finissent par céder: dès lors, le fond, repoussé en arrière par la vessie distendue, repoussé par la pression abdominale qui s'exerce de plus en plus sur lui et sur sa face antérieure, se dirige en arrière et ne revient pas en avant, parce que les ligaments antérieurs eux-mêmes sont affaiblis.

Les inflammations paramétritiques, si rares soient-elles, agissent sur les ligaments et finissent par déterminer la rétrodéviation. La paramétrite postérieure, dont le rôle a été singulièrement exagéré par Schultze, finirait par amener à la longue la flaccidité et le relâchement des ligaments utéro-sacrés.

L'inflammation gonococcique, en affaiblissant la musculature utérine, prédispose à la rétrodéviation. Mais c'est en déterminant des ovaro-salpingites que l'infection arrive le plus souvent à pro-

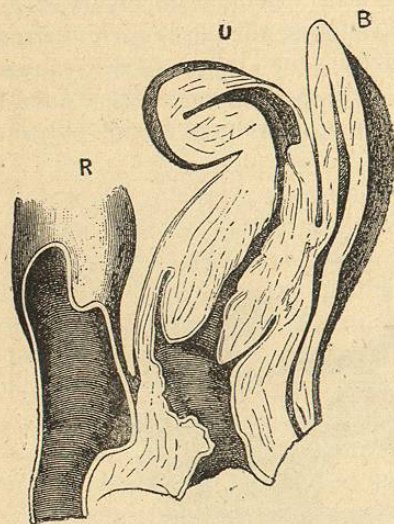


Fig. 52. — Rétroflexion congénitale (Ruge). — Noter le peu d'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus. R, rectum; U, utérus; B, vessie.

duire la déviation en arrière. Toute inflammation périméto-salpingienne, de quelque nature qu'elle soit, donnera naissance à la rétrodéviation. L'ovaire et la trompe, augmentés de volume, tombent en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, contractent des adhérences et, finalement, attirent par son ligament ovarien le bord correspondant de l'ovaire en arrière. Les ligaments et les muscles sont affaiblis du fait de l'inflammation, qui paralyse les muscles sous-jacents.

Rétrodéviation congénitale ou par arrêt de développement. — A côté de ces rétrodéviations, dont la pathogénie a été esquissée, il en est d'autres qui sont le résultat d'un arrêt de développement.

La figure 52 est un exemple de rétrodéviation congénitale. Soit qu'il s'agisse d'un vice de conformation qui aurait débuté pendant la vie intra-utérine, soit qu'il soit simplement question de la persistance de dispositions anatomiques qui existent dans le premier

âge de la vie, l'utérus est situé dans une position telle que l'équilibre pelvien ne lui permet pas de rester en antéversion-flexion. L'utérus placé trop bas dans le bassin, une paroi vaginale antérieure trop courte, la forme infantile de l'utérus, l'évacuation incomplète de la vessie, la constipation habituelle déterminent la rétroversion.

Sieleski (1898), admet que, dans les cas de ce genre, les anses intestinales situées en arrière sont repoussées vers la cavité abdominale: la conséquence inévitable de cette disposition est la coaptation entre la séreuse de la paroi postérieure de la cavité pelvienne et la séreuse de la paroi postérieure de l'utérus. Ce contact de deux surfaces dans la cavité péritonéale vide aura pour résultat une rétroflexion dont la réduction n'est plus possible.

On peut donc voir que l'accouchement et l'avortement, en produisant des lésions traumatiques, jouent un rôle considérable dans les rétrodéviations, et que les infections qui les accompagnent sont encore la cause fréquente de la bascule de l'utérus en arrière. Toutes les inflammations vaginales (gonococcie, etc.) qui ont un retentissement dans le petit bassin peuvent amener le même résultat.

Rétrodéviation de cause neuro-arthritique. — Enfin, il est une conception qui mérite d'arrêter l'attention. Les femmes atteintes de rétrodéviation seraient des arthritiques nerveuses et auraient une tendance au relâchement des tissus fibreux. L'appareil ligamenteux de l'utérus et le plancher pelvien sont frappés d'emblée sans qu'il y ait un état mécanique surajouté, sans intervention de l'infection. L'utérus se congestionne, les ligaments s'affaiblissent, les ovaires sont parfois scléro-kystiques et tous ces troubles aboutissent finalement à la rétrodéviation qui est fonction d'une débilité constitutionnelle relevant du neuro-arthritisme.

Certaines malades présentent en effet le tableau clinique tel que l'a présenté M. Richelot, qui a exagéré la fréquence des cas de ce genre. Il faut même ajouter que, chez les femmes prédisposées aux ptoses par la faiblesse de leur paroi abdominale, par la laxité de leurs ligaments, la rétrodéviation se produit surtout après les lésions traumatiques de l'accouchement qui produisent la dislocation de leur diaphragme pelvien et le relâchement des ligaments larges du col, des ligaments utéro-sacrés et des ligaments ronds. Il est de toute évidence que l'infection, même légère, qui aurait, dans toute autre circonstance, donné naissance à une simple métrite, entraîne à sa suite la perte de l'équilibre pelvien par affaiblissement de la charnière utérine et des ligaments.

Rétrodéviation chez les femmes âgées. — A côté des rétrodéviations congénitales (Martin, Ruge) ou d'origine infantile (Schultze), de cause neuro-arthritique (Richelot), il faut ranger avec les rétrodéviations acquises celles qui s'observent après la ménopause et qui évoluent silencieusement. Ces déplacements en arrière sont dus à des

troubles pelviens qui ressortissent aux mêmes causes et qui ont une pathogénie semblable à celle que nous avons indiquée pour expliquer la culbute de l'utérus en arrière après l'accouchement et l'avortement.

Il y aurait lieu d'établir une longue liste pour énumérer les différentes divisions qui ont été proposées pour l'étude des rétrodéviations. A part celles qui viennent d'être données, il faut citer la classification de Nyhoff, qui répartit les rétroflexions en trois groupes : rétroflexions virginales, puerpérales et périmétritiques. Fischer propose la classification suivante, basée sur l'étiologie : rétrodéviations congénitale, acquise, virginale. Au point de vue pratique, Trélat avait divisé les déviations de l'utérus en arrière en rétrodéviations *mobile*, quand l'utérus ne contracte pas d'adhérences avec les parties voisines, *mobilisable*, quand les adhérences sont légères et permettent le redressement de l'utérus, et *adhérente*.

Rétrodéviation gravidique. — Pendant la grossesse, avant le quatrième mois, on voit parfois survenir la rétrodéviation qui se manifeste surtout par une constipation opiniâtre et par la rétention d'urine. Tantôt la déviation existait avant la grossesse ; tantôt, elle se produit brusquement ou insidieusement jusqu'au quatrième mois de la grossesse. Il est certain qu'il faut, ici encore, faire intervenir la dislocation du plancher pelvien, un affaiblissement portant surtout sur le segment sacré.

Anatomie pathologique. — Situation et direction de l'utérus. — D'une façon générale, on peut dire que le col est en avant et que le corps est porté en arrière.

Dans la *rétroversion*, le col suit un mouvement en sens inverse de celui que prend le corps. Celui-ci peut se trouver dans des positions variables. Tantôt son axe continue pour ainsi dire la direction du vagin. C'est déjà un premier degré. Tantôt le corps descend dans la concavité du sacrum, tandis que son col suit un mouvement en sens opposé. L'utérus en totalité est ordinairement abaissé et il est facile de reconnaître, avec un peu de pratique, le degré de l'abaissement et de la rétrodéviation. Pour plus de précision, on s'en rapportera aux données fournies par Schultze, qui recommande de chercher à quel niveau se trouve le fond de l'utérus par rapport à la vertèbre correspondante (fig. 53). Quand la rétrodéviation est prononcée, le fond de la matrice atteint les vertèbres coccygiennes, mais il faut savoir que, amené à un prolapsus marqué, l'utérus, culbuté en arrière, peut encore descendre plus bas. Le fond, dans les formes prononcées, fait saillie dans le Douglas qui est tendu et déprimé. La face postérieure repousse, pour ainsi dire, le cul-de-sac postérieur du vagin (fig. 54).

Dans la *rétroflexion*, l'utérus est fléchi sur lui-même à des degrés variables. La courbure à concavité postéro-inférieure est plus ou moins

accentuée et l'angle formé par les deux segments utérins est plus ou moins fermé. Dans ce cas, comme dans la rétroversion, le fond de l'utérus peut être plus ou moins déplacé par en bas (fig. 55).

Le fond peut remplir le Douglas et l'acuité de l'angle, variable suivant les cas, peut être extrême. La face postérieure du col peut entrer en contact avec la face postérieure du corps, comme Barnes l'a figuré dans une de ses planches.

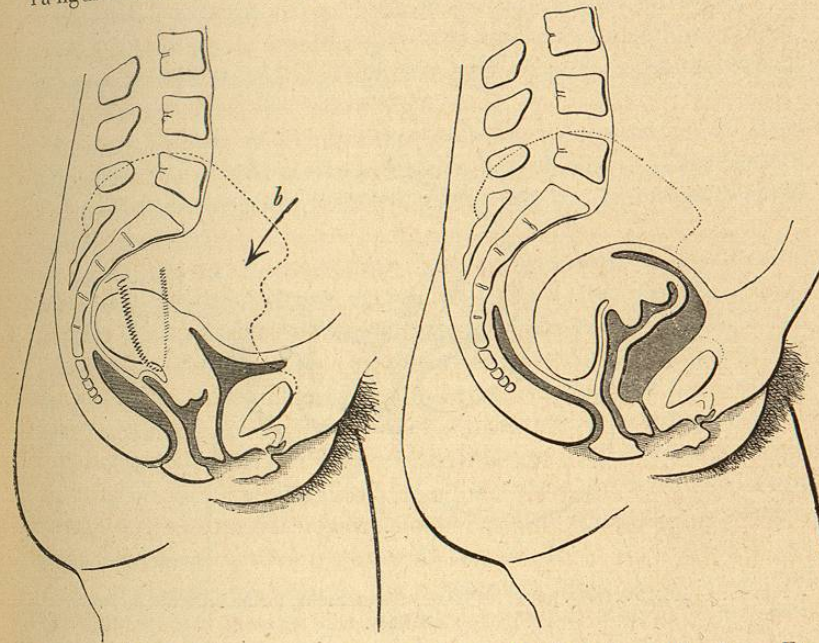


Fig. 53. — Rétroflexion par relâchement des plis de Douglas.

Fig. 54. — Rétroversion profonde. — Espace de Douglas rendu plus profond à la suite d'un prolapsus antérieur.

Rétrodéviation congénitale. — S'agit-il d'une rétrodéviation d'origine congénitale ou due à la persistance d'un état infantile, on trouvera l'utérus peu volumineux. La paroi postérieure du col a un développement plus considérable que la paroi antérieure.

La portion intermédiaire est plus longue qu'à l'état physiologique. Au niveau de l'angle de flexion, la paroi antérieure est amincie (Ruge). En outre, et c'est là un fait important, la paroi vaginale antérieure est plus courte normalement et le vagin lui-même n'a pas son développement habituel.

Rétrodéviation acquise. — S'agit-il, comme c'est la règle, d'une rétrodéviation acquise ? L'orifice externe est souvent entr'ouvert. La portion vaginale est allongée ; le col est gros, congestionné, parfois évasé et atteint d'ectropion. La lèvre postérieure est hypertrophiée dans certains cas.

Le corps est, dans certains cas, augmenté de volume. Il n'est pas rare que la cavité utérine ait 7 ou 8 centimètres. Les parois utérines sont souvent plus considérables qu'à l'état normal. La paroi postérieure est deux ou trois fois plus épaisse que l'antérieure (Pichevin).

Sur la paroi postérieure du corps utérin, on constate l'exagération de la crête médiane normale de l'utérus (Le Dentu).

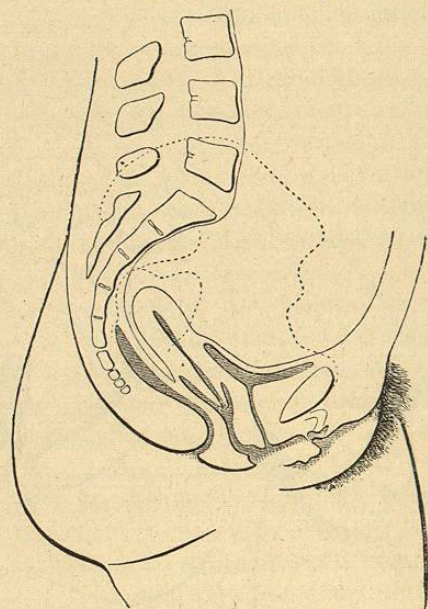


Fig. 55. — Rétroversion par arrêt de développement, forme infantile de l'utérus (Schultze).

Au niveau de l'angle de flexion, il n'y aurait pas ordinairement d'hypertrophie des parois utérines (Barnes). Cependant, Fritsch a signalé l'amincissement de la paroi postérieure. En réalité, les tissus, à ce niveau, finissent à la longue par subir une atrophie, de sorte que la diminution d'épaisseur de la paroi utérine, à l'angle de flexion, existerait dans les déviations anciennes, compliquées d'inflammations péri-utérines et d'adhérences, qui fixent l'utérus au niveau de sa courbure anormale.

On a signalé depuis longtemps l'existence d'un catarrhe chronique de la muqueuse. A ce sujet, il est bon de dire que certains utérus rétrodéviés sont manifestement atteints de métrite chronique. D'autres matrices sont simplement le siège de phénomènes de congestion et de stase. L'élément infectieux n'a pas joué un rôle dans la production de ces écoulements glaireux que l'on constate et dans l'augmentation de volume de l'utérus. Il s'agit simplement d'une de ces fausses métrites qui ont été décrites dans ces dernières années. Par le seul fait de la torsion imprimée aux ligaments par la rétrodévi-

il se produit mécaniquement une stase qui porte sur les vaisseaux et, en particulier, sur les veines; aussi se produit-il de l'œdème qui se localise sur la muqueuse et le muscle de l'utérus. La congestion à la longue amène l'épaississement total de l'utérus et un état particulier de la muqueuse qui se rapproche de la métrite. Aussi on comprend aisément comment la reposition utérine peut agir rapidement sur ces engorgements utérins.

Voici les lésions que l'on constate sur une coupe du corps : les couches moyennes de la muqueuse sont infiltrées de cellules inflammatoires. Parfois les glandes disparaissent en certains points et sont envahies par des cellules migratrices.

Mais les lésions les plus intéressantes siègent au niveau du tissu musculaire. Le muscle utérin a disparu par places. La fibre musculaire a été remplacée, en majeure partie, par des fibres lamineuses extrêmement denses.

Le tissu conjonctif est parcouru par des vaisseaux anormalement développés. Sur des coupes examinées à l'œil nu, on voit ceux-ci dessiner un arc de cercle dans l'épaisseur de la paroi utérine, à peu près en son milieu. Au microscope, on constate que ces vaisseaux ont une paroi extrêmement épaisse et sont compris dans une zone inflammatoire où la réaction inflammatoire est particulièrement accusée.

Dans les deux cas qui ont été examinés, le péritoine utérin était manifestement enflammé (Pichevin). On a signalé, au niveau de l'angle de flexion, une compression des vaisseaux et une atrophie des tissus. Virchow a décrit un épaississement chronique de la muqueuse, au niveau de l'angle de flexion. Tel n'est point l'avis de Winckel qui maintient qu'à ce niveau la muqueuse n'est pas altérée, mais que, dans la partie cervicale située plus bas, on constate l'existence d'œufs de Naboth. Virchow signale des petits kystes glandulaires localisés aux environs de l'orifice interne. Ces productions ont été retrouvées par Klebs et Rokitansky.

L'utérus peut être complètement mobile, et il n'existe aucune trace d'inflammation, ni autour de l'utérus, ni autour des annexes.

Dans certains cas, l'ovaire est augmenté de volume et sclérokystique. Il n'existe pas d'adhérences. L'ovaire occupe une situation variable suivant les cas. On verra plus loin où il se place ordinairement, quand la rétrodévi-ation est accompagnée d'inflammation annexielle.

La vessie occupe le plus souvent sa position normale. Le cul-de-sac péritonéal situé entre la vessie et l'utérus peut disparaître dans les rétroflexions marquées. Il faut ajouter que ce n'est pas la règle.

Le rectum peut être comprimé par le fond de l'utérus et il n'est pas exceptionnel de constater l'existence d'une cœlite muco-membraneuse.

Les ligaments larges ont subi une torsion. Leur face antérieure devient supérieure. Quant aux différents plans du diaphragme pelvien,