

ils ont subi des altérations variables. Les principales portent sur le segment postérieur. Les ligaments utéro-sacrés sont relâchés. De plus, les ligaments ronds sont affaiblis et allongés.

Les nerfs pelviens seraient parfois enflammés, mais cette assertion mérite confirmation.

**Inflammation péri-utérine.** — Très souvent la rétrodéviation est accompagnée de lésions qui prouvent qu'il y a eu une infection.

La paramétrite postérieure de Schultze et la paramétrite atrophique de Freund peuvent être admises, mais à titre exceptionnel. Ces brides postérieures que l'on constate le long des ligaments utéro-sacrés et qui finissent, d'après Schultze, par amener l'affaiblissement des replis de Douglas, ont, en règle générale, une autre origine que celle admise par le savant gynécologue d'Iéna. En effet, dans l'immense majorité des cas, il faut faire intervenir l'inflammation partie du vagin et de l'utérus et propagée autour de la matrice et des annexes.

Les adhérences peuvent être peu marquées. Tantôt ce sont de simples brides qui réunissent l'utérus aux organes voisins; tantôt, au contraire, ce sont des lames épaisses et résistantes, qui fixent l'utérus au rectum et qui se continuent avec d'autres produits inflammatoires développés autour des trompes et des ovaires.

Le plus souvent, l'inflammation se propage des trompes à la cavité pelvienne et autour de l'utérus.

Les lésions peuvent être anciennes. Les brides, les adhérences sont fermes et les lésions tubo-ovariennes ont subi la transformation scléreuse. Les annexes sont perdues au milieu de ces masses fibreuses, qui maintiennent et fixent fermement l'utérus en rétrodéviation. Les adhérences existent surtout sur la face postérieure de l'utérus. Il est rare que la face antérieure soit le siège d'exsudats.

Ailleurs, les tractus fibreux sont accompagnés de lésions annexielles plus ou moins volumineuses (hydrosalpinx, pyosalpinx, salpingite purulente, ovarite scléro-kystique, ovaires purulents, etc.). Parfois on constate l'existence d'une ovaro-salpingite simple, prolabée et adhérente dans le Douglas. Cette masse, par son poids, par la traction qu'elle exerce sur l'utérus, par l'intermédiaire de ses moyens d'attache à l'utérus, produit la culbute de l'utérus et la maintient.

La péri-ovarite, la périsalpingite sont observées, à titre isolé, et indépendamment de toute adhérence portant sur l'utérus. L'ovaire, la trompe, ou les deux organes enveloppés d'une gangue conjonctive, fixent l'utérus en arrière.

**Symptômes.** — La symptomatologie de la rétroversion-flexion est protéiforme. Tantôt, mais très exceptionnellement, le début est subit et l'évolution se fait à grand fracas ou avec prédominance d'un symptôme inquiétant: c'est ce qui peut être observé, en dehors de l'état puerpéral, chez de jeunes femmes à la suite d'une chute; c'est

aussi ce que l'on peut constater à la suite de la culbute de l'utérus et de son inclusion dans la concavité du sacrum.

Le plus souvent, le début se fait lentement; les phénomènes apparaissent progressivement et augmentent d'intensité.

Dans certains cas, la rétroversion-flexion ne détermine aucun trouble, et tant que les complications péri-utérines n'ont pas transformé la situation, la déviation, par elle-même, peut rester silencieuse. Au dire de Olshausen, la moitié environ des rétrodéviations mobiles ne donneraient naissance à aucune expression symptomatique. Winter accentue cette opinion et avance que la rétroflexion récente ne produit ordinairement que des troubles très peu accentués.

Il n'est pas douteux que la rétrodéviation mobile puisse exister à l'état latent. C'est par hasard que l'on découvre la déviation vicieuse de la matrice. Le fait est assez fréquent chez les femmes qui ont dépassé la ménopause; on l'observe aussi, mais moins souvent, chez de jeunes femmes. Sans doute, la rétroversion-flexion peut se produire et évoluer pendant un certain temps sans donner naissance à des phénomènes marqués. C'est l'exception. Dans la grande majorité des cas, la déviation, même quand elle ne marque pas sa présence par des troubles locaux, détermine des phénomènes réflexes dont il sera question. En outre, ces rétrodéviations, bien supportées, latentes au début, se révèlent tout à coup d'une façon plus nette, soit sous l'influence de la congestion prolongée subie par l'organe, soit à cause de la déficiente canalisation du trajet utérin, ou encore par l'apparition d'une complication inflammatoire qui atteint l'utérus et les annexes. Il y a lieu de décrire la rétrodéviation telle qu'on la constate d'ordinaire et de consacrer un chapitre à la *rétrodéviation gravidique*.

**Début aigu.** — La rétrodéviation mobile peut débiter brusquement, à la suite d'une chute, d'un effort violent, ou d'une quinte de toux. Un ténésme violent est souvent observé. D'ordinaire, ce sont des symptômes de métrite aiguë, de cystite, ou même de péritonite qui ouvrent la marche et qui ne sont pas sans causer une vive inquiétude et parfois donner lieu à des erreurs de diagnostic. La reposition manuelle de l'utérus arrête tous les phénomènes.

**Début lent.** — C'est la forme habituelle.

**Troubles utérins.** — La rétrodéviation produit très souvent des troubles du côté de la *menstruation*. La ménorragie est extrêmement fréquente. Les règles durent longtemps et sont parfois très abondantes, au point de déterminer des phénomènes d'anémie. Les époques reviennent plus souvent qu'à l'état normal. La dysménorrhée n'est jamais aussi prononcée que dans l'antéflexion des nullipares. Elle n'est pas rare. Elle existe surtout dans les rétroflexions très marquées et très anciennes et sont l'indice, soit d'un trouble de canalisation utérine ou d'une inflammation métritique. Les hémorragies prolongées et

atypiques s'observent de préférence dans les rétroflexions récentes, d'origine puerpérale. En dehors de ces cas, ces pertes de sang ne sont guère observées que s'il y a complication d'une endométrite fongueuse. La ménopause est souvent retardée et une rétro-déviations est parfois la cause de l'apparition des règles chez des femmes anémiques et aménorrhéiques. Somme toute, les troubles menstruels accompagnent fréquemment les rétro-déviations et en sont un des signes les plus constants.

La *leucorrhée* est fréquemment constatée et peut être considérée comme un phénomène qui doit être rapporté à une pseudo-métrite. Ce sont les phénomènes de congestion qui donnent naissance ordinairement à cet écoulement en blanc qui se caractérise par ce fait qu'il ne contient pas de microbes virulents. Cependant, la leucorrhée peut être aussi symptomatique, mais plus rarement, d'une métrite véritable. Dans le premier cas, le redressement utérin détermine la disparition des sécrétions morbides; quand il y a métrite, une amélioration est simplement obtenue.

**Troubles vésicaux.** — Les troubles du côté de la vessie, en dehors de la gravidité, sont assez rares. Ils se manifestent par des envies fréquentes d'uriner, par de la douleur pendant la miction, par de la rétention d'urine qui s'accompagne souvent d'incontinence. Les malades urinent par regorgement.

**Troubles intestinaux.** — La constipation est ordinaire et quelquefois très opiniâtre. Mais, sauf dans les cas de rétro-déviations grave, on ne voit pas apparaître de phénomènes d'obstruction. La compression du rectum peut être invoquée pour expliquer la constipation, qui peut être aussi due à une parésie des tuniques intestinales. On observe de la douleur pendant la défécation, avec ténésme, ce qui est fréquemment l'indice d'une complication péri-utérine.

La stase sanguine donne parfois naissance à des hémorroïdes.

**Phénomènes douloureux.** — Il a été déjà dit que la rétroversion-flexion peut évoluer sans manifester sa présence par un symptôme important. Il est rare cependant qu'il n'existe pas de phénomènes douloureux soit localisés dans le bas-ventre, dans la région lombaire, au périnée, soit se manifestant à distance. Les douleurs sont plus souvent observées dans les formes invétérées que dans les cas récents de rétro-déviations. S'il y a lieu d'incriminer parfois des phénomènes dus à la compression, soit par l'utérus, soit par la péri-métri-salpingite, il en est d'autres qui sont sous la dépendance d'un état nerveux.

Les malades accusent souvent une sensation de faiblesse dans la région lombaire, douleur qui s'exagère par la marche, par certains mouvements et qui a plus d'acuité pendant la menstruation. Dans certains cas, la douleur siège au niveau des vertèbres coccygiennes. C'est parfois par une pesanteur du côté du rectum, de l'anus ou de

la vulve, ressentie pendant la station verticale, que la rétro-déviations s'accuse.

La malade vient-elle à s'asseoir, elle éprouve la sensation d'un corps étranger qui pèse sur son rectum et l'empêche de se placer d'aplomb sur une chaise. Les rapports sexuels donnent parfois naissance à des douleurs vives. Dans d'autres cas, ce sont des phénomènes douloureux du côté du bas-ventre qui ouvrent la scène symptomatique. Ces douleurs expliquent en partie la difficulté que les malades atteintes de rétro-déviations éprouvent à marcher, et la fatigue précoce qui les saisit après de courtes promenades.

Ces douleurs localisées ont des irradiations, soit par en haut du côté des épaules, soit, plus souvent, du côté des extrémités inférieures.

Ces irradiations douloureuses du côté des membres inférieurs se manifestent sous forme de fourmillements ou de douleurs plus vives. Elles peuvent s'accompagner d'une certaine faiblesse dans les membres correspondants, d'une parésie plus ou moins marquée et localisée et même d'une véritable paraplégie. Ces troubles peuvent être localisés à un seul membre; le plus souvent, les deux côtés sont pris. D'ordinaire la force musculaire est simplement diminuée.

La faiblesse musculaire s'accompagne ou est suivie de troubles de la sensibilité dans certains cas et, fait particulier que nous avons constaté il y a peu de temps encore, ces troubles de la sensibilité ne sont pas répartis également sur la totalité du membre atteint.

La sensibilité est à peu près normale, soit en avant, soit sur les côtés ou en arrière du membre, tandis qu'il existe des zones où l'anesthésie est bien marquée. Celle-ci n'est pas répartie suivant des zones déterminées et correspondant à la distribution de certains nerfs. S'agit-il d'une compression exercée soit par l'utérus, soit par les exsudats intrapéritonéaux développés autour de l'utérus, des trompes et des ovaires? Est-on simplement en présence de troubles réflexes, de parésie ou de paralysie d'origine psychique? Les deux hypothèses ont été soutenues et aucune n'a reçu la consécration d'une démonstration définitive et indiscutable. Peut-être y a-t-il lieu d'admettre les deux théories qui peuvent expliquer les faits connus et qui ne s'excluent pas.

**Troubles nerveux.** — Les phénomènes nerveux sont loin d'être rares. On peut même dire qu'il en existe toujours quelques-uns.

La céphalalgie est ordinairement observée; tantôt ce sont de simples migraines, tantôt les sensations pénibles se localisent en arrière de la tête et prennent des expressions variées (froid, sensation de vide).

La gastralgie n'est pas rare et peut s'accompagner de phénomènes dyspeptiques avec perte d'appétit, vomissements incessants, etc.

La toux quinteuse, l'asthme (Chrobak), l'aphonie (Kehrer), la

chorée (Schröder), l'hystéro-épilepsie (Sielski), des névralgies diverses, intercostales et autres, ont été notés.

On observe le plus souvent une dépression morale manifeste et des symptômes nerveux vagues et à siège variable. Le tableau de la neurasthénie peut se trouver au grand complet chez les femmes atteintes de rétroversion-flexion et il n'est pas rare de constater chez ces malades un déplacement du rein et de l'entéroptose. Les phénomènes nerveux, soit qu'ils soient localisés, soit qu'ils se présentent sous la forme d'une dépression, d'une excitation générale, sont ordinairement plus marqués au moment de la période menstruelle. Il a été dit que les règles étaient souvent anormales et qu'il y avait soit une ménorragie, soit de la dysménorrhée légère. Il est bon d'ajouter que les phénomènes douloureux du côté du bassin et des membres inférieurs semblent être plus considérables quand la rétrodéviatio*n* s'accompagne de lésions salpingo-ovariennes et d'inflammation péri-utérine.

**Troubles des fonctions de reproduction.** — La stérilité, souvent observée, est bien sous la dépendance de la rétrodéviatio*n* et de ses complications habituelles. L'expérience a démontré que des femmes stériles ou qui n'ont plus eu d'enfant depuis une couche très éloignée deviennent enceintes après le redressement de l'utérus. Cette stérilité peut être due à l'existence de l'angle de flexion, plus souvent à la leucorrhée, à l'endométrite, à l'obstruction des trompes, aux déplacements des annexes et aux lésions tubo-ovariennes qui, pour Olshausen, seraient plus particulièrement en cause. Il est évident que les salpingo-ovarites peuvent être un obstacle définitif à la fécondation. Certaines coudures de la trompe déterminées par la déviation peuvent être l'origine d'une grossesse extra-utérine (Küstner).

L'avortement s'observe dans bon nombre de cas, mais n'est pas fatal quand l'utérus gravide est rétrofléchi. L'utérus peut, dans ces conditions, se réduire spontanément; Wintér a même avancé qu'il ne fallait redresser l'utérus gravide que dans les cas d'ischurie. Olshausen professe que l'avortement est dû soit à une déformation du sacrum, soit à la rigidité des parois utérines. L'avortement est dû à l'impossibilité dans laquelle l'utérus se trouve de s'élever et de se développer dans l'abdomen. Mais il faut ajouter que cet accident peut être imputable aussi aux lésions de la muqueuse utérine.

**Signes physiques.** — La constatation de la présence permanente du corps de l'utérus en arrière, au lieu de se trouver en antéflexion-version, est le caractère distinctif essentiel de la rétrodéviatio*n*.

Le col est en continuité directe avec le corps. Il a été déjà dit en quoi la version se différencie de la flexion.

Dans un premier degré de rétroversion, le col est à peu près à la même place, mais le corps se trouve être situé dans la prolongation de l'axe du vagin et se trouve plus ou moins près de l'excavation

pelvienne. A un degré plus avancé, le col suit un mouvement inverse du corps et d'autant plus marqué que le fond descend plus bas. L'orifice externe du col peut regarder en haut et en avant, tandis que le fond déprime le Douglas.

Dans la rétroflexion, l'orifice externe regarde en arrière et il existe un angle plus ou moins marqué entre le corps et le col.

Dans les deux cas, on trouve, dans le cul-de-sac postérieur, un corps arrondi, ferme et continu, dans le cul-de-sac postérieur, un corps arrondi, ferme et continu, dans tous les cas, avec le col utérin. Les mouvements imprimés au col sont transmis au corps et réciproquement. La pression entre le corps et le col, au niveau de l'angle de flexion, ou même sur la face postérieure de l'utérus, est douloureuse. Souvent cette douleur est due à une complication péri-utérine. Le corps utérin, reconnaissable à sa forme, à la crête utérine dont il sera question à propos du diagnostic, est souvent accompagné d'un côté ou d'un autre, ou parfois à droite et à gauche, des annexes, soit normales, soit augmentées de volume. Pendant les tentatives de réduction suivies de succès complet, ou ne permettant qu'une reposition incomplète, on peut mieux sentir les ovaires et les trompes et apprécier leur intégrité ou leurs lésions.

**Marche et complications.** — La marche de la rétroversion-flexion est lente et progressive. Une déviation en arrière qui a été jusque-là bien supportée peut devenir intolérable et se manifester soit par des douleurs localisées plus ou moins vives, soit par un état nerveux généralisé. On peut dire que la tendance à la guérison est rarement observée et que les phénomènes vont en s'accroissant, à moins d'une intervention médicale ou chirurgicale. La rétrodéviatio*n*, mobile à l'origine, peut donner lieu à des brides d'abord peu marquées qui permettent encore la mobilisation. Plus tard ou d'emblée, sous l'influence d'une poussée un peu vive du côté du péritoine, des adhérences très fermes peuvent rapidement se former et fixer l'utérus en arrière.

Des poussées inflammatoires viennent souvent exagérer les phénomènes, jusque-là tolérables, et obligent les malades à garder le repos au lit.

Dans d'autres circonstances, ce sont les troubles nerveux qui impriment subitement une physionomie spéciale à la scène symptomatique. La déviation, qui s'était manifestée par des troubles menstruels et des douleurs lombo-sacrées, donne naissance à une faiblesse générale, ou à de la parésie localisée, à de l'excitation ou à de la dépression morale, à des phénomènes neurasthéniques variés, parfois extrêmement intenses. Ailleurs ce sont les douleurs qui ont une importance capitale et qui nécessitent une intervention.

La grossesse a été regardée par les uns comme une complication, par d'autres comme une éventualité désirable, parce qu'elle amènerait, par suite du redressement utérin, la guérison de la rétrodéviatio*n*.

Mais si l'on considère que la grossesse est suivie souvent d'avortement et que l'état puerpéral est une cause fréquente d'infection, on peut dire qu'il n'y a pas lieu de considérer la fécondation comme une circonstance heureuse.

De temps à autre, la rétention d'urine, des mictions fréquentes et douloureuses, des cystites, des phénomènes de pseudo-obstruction viennent rompre la monotonie du processus habituel des rétro-déviation.

#### Rétrodéviation de l'utérus gravide.

Avant d'en arriver au traitement de la rétro-déviation, il est peut-être bon d'ajouter quelques mots sur les rétro-déviation de l'utérus gravide. Ce chapitre devrait mieux trouver sa place dans un ouvrage d'obstétrique, mais le gynécologue peut avoir à donner des soins à une femme qui présente les signes d'une tumeur abdominale, alors qu'il est simplement question d'une distension vésicale, symptomatique de la rétro-déviation d'un utérus gravide.

L'utérus gravide peut être primitivement rétro-dévié (15 fois sur 120; Combarieu) ou se dévier secondairement dans les premiers mois de la grossesse, avant le quatrième mois. Il est tout d'abord certain que l'utérus en rétro-déviation peut se redresser spontanément, par le seul fait du développement de la matrice. Et, de fait, le redressement doit se produire assez fréquemment, car la rétro-déviation de l'utérus gravide est comparativement rare par rapport au nombre élevé des déviations en arrière, en dehors de la puerpéralité. Mais quelles sont les causes qui donnent naissance à la culbute de l'utérus en arrière, dans les quatre premiers mois de la grossesse? La multiparité joue un rôle certain [Martin, Charles (de Liège)], dans la production de la rétro-déviation de l'utérus gravide. Quant aux causes déterminantes, elles sont peu connues. On a incriminé la constipation.

Vers le quatrième mois de la grossesse, l'utérus gravide, enclavé dans l'excavation, comprime le rectum en arrière et refoule en haut la vessie, dont le contenu ne peut s'évacuer, d'où deux ordres de phénomènes : troubles vésicaux, troubles du côté de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, la rétro-déviation s'observe sous deux formes cliniques : une lente, à début insidieux, à marche progressive, et une forme à début subit, brusque, immédiatement inquiétante.

La forme lente s'observe ordinairement chez des femmes dont l'utérus était déjà rétro-dévié avant la fécondation.

La forme brusque se caractérise par l'incarcération subite, dans l'excavation, d'un utérus déjà gravide et non encore rétro-dévié.

La rétroversion brusque s'observe chez les multipares à l'occasion d'un effort ; souvent les femmes font commencer le début des accidents au moment où elles se baissaient. Les symptômes qui appellent l'attention sont une rétention d'urine qui peut être totale. Souvent

il y a, en même temps, un certain degré d'incontinence et les femmes perdent une certaine quantité d'urine, ce qui peut malheureusement induire en erreur et éloigner l'idée d'une rétention. La vessie peut être extrêmement distendue et être prise pour l'utérus gravide, pour une tumeur liquide quelconque (kyste de l'ovaire), pour une grossesse ectopique ou même un fibrome. Les troubles vésicaux sont parfois très marqués. Outre la cystite banale, on observe parfois une sorte d'exfoliation de la muqueuse vésicale qui s'accompagne de phénomènes graves.

La compression du rectum entraîne une constipation extrêmement opiniâtre et même des phénomènes d'obstruction qui peuvent nécessiter une intervention chirurgicale. Souvent les femmes réclament le secours médical parce qu'elles ne peuvent pas aller à la selle.

On a signalé la sialorrhée très abondante comme signe de début. L'examen fait reconnaître l'existence d'une double tumeur : l'une par en bas, en arrière, formée par l'utérus gravide, et l'autre par en haut, constituée par la vessie surdistendue. Quand cette double constatation est faite, l'erreur n'est guère possible : il suffit d'interroger la malade, de rechercher les signes de la grossesse, la date de la suppression des règles, etc., pour faire le diagnostic. Mais quand on a l'attention attirée seulement par la tumeur abdominale et qu'on ne pense pas à la possibilité d'une rétention d'urine avec incontinence, on peut errer et croire à l'existence d'une tumeur (kyste, etc.).

Souvent il suffit d'évacuer la vessie pour voir l'utérus se redresser. Avant d'entreprendre tout traitement chirurgical, il est urgent de remplir les deux indications principales : donner libre cours à l'urine et aux matières fécales : cathétérisme de la vessie et évacuation du rectum par des lavements et des purgatifs. Le redressement manuel par la voie rectale permettra, le plus souvent, de désenclaver l'utérus gravide rétrofléchi.

La rétro-déviation partielle de l'utérus gravide a été observée un certain nombre de fois. Olshausen fait remarquer que l'avortement se produit vers le neuvième ou le huitième mois de la grossesse. Reid a montré que, dans ces cas de rétro-déviation partielle, l'accouchement devient singulièrement compliqué.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la rétro-déviation est ordinairement aisé. Par la palpation bi-manuelle, on constate que le corps de l'utérus n'est pas à sa place, que la partie antérieure de l'excavation n'est pas occupée par la partie supérieure de la matrice. On peut parfois saisir le corps utérin entre les deux mains et bien déterminer sa situation. Le plus souvent, le col abaissé se présente aisément au doigt, l'orifice externe regardant en avant (version) ou en arrière (flexion). Les doigts, placés dans le vagin, ont la notion de la continuité qui existe entre le col et le corps. L'angle de flexion est plus ou moins marqué. La face postérieure de l'utérus se présente avec