

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

netteté. On reconnaît que c'est la matrice, par sa forme, par sa consistance, par ce fait que les mouvements imprimés au col se transmettent parfois, et dans une certaine mesure, au corps, et réciproquement, et enfin par la *crête médiane postérieure* qui existe sur la face postérieure du corps de la matrice. Cette crête utérine postérieure existe très fréquemment dans les rétrodéviations, et quand on l'a constatée on peut affirmer sans crainte d'erreur l'existence d'une rétrodévation. Ce signe, qui a été indiqué pour la première fois par le professeur Le Dentu, est d'une réelle importance et permet souvent d'établir le diagnostic avec une rapidité et une précision remarquables.

Aussi est-il inutile, le plus souvent, de recourir au *toucher rectal* qui peut servir à bien reconnaître le corps utérin dans les cas difficiles. Il est quelquefois nécessaire, dans les cas compliqués, d'abaisser l'utérus à l'aide d'une pince à griffes appliquée sur le col.

L'hystérométrie est rarement utile. Cependant la sonde utérine est une précieuse ressource, qui permet de bien établir la direction de l'utérus et, par suite, d'affirmer ou de nier l'existence d'une rétrodévation. L'hystéromètre, en relevant le trajet de la cavité cervico-utérine, fait reconnaître que certaines masses bas situées, simulant l'utérus, sont indépendantes de cet organe. Avec l'hystéromètre, ou mieux avec le secours seul des doigts, on peut, par des manœuvres prudentes, s'assurer de la mobilité de l'utérus ou de l'existence d'adhérences plus ou moins fermes. C'est pendant le redressement de l'organe, alors que le fond quitte le cul-de-sac postérieur, que l'on parvient à mieux sentir les annexes, à apprécier leur état d'intégrité ou les lésions qui les atteignent si fréquemment.

On ne confondra pas le fond de l'utérus avec des matières accumulées dans le rectum.

Un *fibrome* de la paroi postérieure de l'utérus peut être pris pour un utérus rétrodévié. Mais la confusion ne sera pas faite si l'on recherche la continuité entre le col et cette masse située dans le cul-de-sac postérieur, si l'on imprime des mouvements alternatifs au col et à la tumeur, si l'on relève avec soin, au moyen de l'hystéromètre, la direction du trajet pelvien, si l'on constate la position respective de la sonde mise dans la cavité utérine et de la partie inférieure de la tumeur, si l'on s'efforce de bien établir les limites du corps utérin par la palpation bi-manuelle, en faisant tenir l'hystéromètre dans la cavité utérine. On aura la sensation d'un corps surajouté à l'utérus et situé derrière sa face postérieure.

Toutes les masses, inflammatoires ou autres, qui peuvent se trouver dans le cul-de-sac postérieur, et qui compliquent souvent la rétrodévation, sont susceptibles d'être différenciées de la même manière. Il est évident que la nécessité de ces diagnostics n'apparaît que dans les cas où l'on ne sent pas nettement le corps utérin dans la partie

antérieure du bassin. Que ce soit une hématocele, un ovaire sclérokystique ou une masse ovaro-salpingienne qui occupe le Douglas, le fait capital à établir par le palper bi-manuel, c'est que l'utérus n'est pas dans sa situation normale et que la masse incriminée, qui par son volume, sa forme et sa consistance, simule l'utérus, n'est pas le corps utérin. On différencie le corps de la matrice par les différents procédés indiqués plus haut et par la recherche systématique de la crête médiane postérieure. La constatation de ce signe est une preuve péremptoire de la rétrodévation. Sa non-existence doit inciter à mettre en pratique successivement toutes les manœuvres complémentaires (*toucher rectal, hystérométrie, etc.*), qui permettront de rencontrer le corps utérin au-dessus ou sur les côtés de la tumeur, car il est probable que le corps arrondi, situé dans le Douglas, n'est pas l'utérus.

Il suffit de dire qu'on soupçonnera que la tumeur située dans le Douglas est une annexite, et non l'utérus, par l'irrégularité de la masse, par son volume souvent plus considérable que le corps utérin, par sa consistance, par la non-continuation du col avec le corps, quoique souvent on s'y trompe, enfin, par les symptômes habituels de l'inflammation annexielle. Du reste, on connaît la fréquence des inflammations tubo-ovariennes qui accompagnent la rétrodévation.

Un point qui n'est pas sans importance, c'est la constatation de ces lésions en même temps qu'existe la déviation en arrière et la présence ou l'absence d'adhérences entre l'utérus et les organes voisins, le rectum en particulier.

L'utérus mobile est facilement reconnu. Pour que la matrice soit dite mobile, il faut qu'elle ne soit pas seulement redressée, mais qu'elle soit remise complètement en antécourbure, le fond bien dirigé en avant, l'organe entier étant presque horizontal. A maintes reprises, des utérus dits mobiles ne le sont guère, parce que l'on n'a pas suivi le précepte précédent.

Parfois la faute inverse est commise. Certains utérus complètement culbutés dans le Douglas sont simplement encastrés dans le cul-de-sac péritonéal postérieur et semblent y être retenus par une force adhésive ou de contact, par une application exacte des tissus qui forment la cavité avec la surface péritonéale de l'utérus. Ces utérus, repoussés convenablement et avec patience, se désenclavent avec aisance, parfois se redressent comme mus par un ressort qui se détendrait subitement et avec force. Sans doute, l'utérus à ressort peut être maintenu en fâcheuse position par une bride anormale, qui, par suite de sa rupture, permet au fond de l'organe de reprendre instantanément sa position normale.

C'est à l'aide des doigts que l'on s'assurera de la mobilité de l'utérus et il n'est ordinairement pas nécessaire d'endormir les malades pour vérifier l'adhérence ou la mobilité de leur utérus. Sans doute, l'élé-

ment douleur est une difficulté qui s'oppose aux manœuvres vagino-abdominales de redressement, mais il est bon d'être mis au courant des sensations perçues par la malade pour savoir quand il faut s'arrêter.

L'emploi d'un gros hystéromètre peut être utile pour reconnaître la mobilité de l'utérus, mais il faut user avec discrétion de ce genre de redressement, et mieux vaut faire à plusieurs reprises des tentatives manuelles de reposition, que d'agir avec un hystéromètre qui risque de perforer la paroi. Cependant, il faut reconnaître que le redressement avec des instruments comme celui de Trélat peut être utilement fait par des opérateurs exercés.

Avec un peu d'habitude, on ne tarde pas à reconnaître l'existence des lésions péri-utérines, des brides plus ou moins lâches, des adhérences plus ou moins fermes qui maintiennent l'utérus en rétroposition. Il a été déjà dit que parfois le redressement partiel pouvait être obtenu, soit d'emblée, soit après quelques séances de massage ou de tentatives de réduction par le procédé de Schultze. Un doigt introduit dans le rectum démontre que la paroi antérieure de cette portion du gros intestin est entraînée par l'utérus dans le mouvement en avant que l'on tente, soit avec les doigts, soit avec l'hystéromètre. Dans d'autres cas, l'utérus est fixé absolument par des adhérences qu'il est impossible de distendre, ni de rompre.

**Pronostic.** — D'une façon générale, le pronostic de la rétroversion-flexion n'est pas bénin, non pas *quoad vitam*, mais par suite de la difficulté de faire disparaître les troubles accusés par les malades. Il est certain qu'une rétrodéviation qui survient après l'accouchement, qui est mobile et récente, est susceptible de guérir aisément par la reposition manuelle et le port d'un pessaire approprié.

Plus la déviation est ancienne, plus elle a de chances d'être sérieuse.

Les déviations légères sont plus faciles à corriger que ces culbutes utérines qui s'accompagnent d'un relâchement marqué du plancher et qui exigent une réfection des moyens de soutien de l'utérus.

Ce qui imprime à la rétrodéviation un caractère de gravité, au point de vue du pronostic, c'est l'inflammation qui atteint l'utérus et qui se propage aux annexes. Quand les annexes sont prises, quand il existe de la périmétri-salpingite, quand l'utérus est adhérent et non mobilisable, la situation est plus sérieuse. Sans doute, les malades peuvent encore guérir par des soins appropriés, par la mobilisation progressive de l'utérus, par la méthode de Thure-Brandt, etc., et même spontanément, par la cessation des phénomènes inflammatoires et la production d'adhérences non douloureuses, mais il y a une différence totale au point de vue du traitement et du pronostic entre un utérus mobile rétrodévié et un utérus fixé solidement en arrière et accompagné de lésions annexielles. Aussi la division des rétrodé-

viations en rétrodéviations mobiles, mobilisables et adhérentes, doit-elle être conservée. Toute déviation compliquée d'inflammation péri-utérine ne peut pas être considérée comme bénigne et la marche vers la guérison spontanée est trop aléatoire pour qu'on puisse l'espérer.

D'autre part, même dans le groupe des rétrodéviations mobiles, il est une place spéciale à faire à la forme neurasthénique qui s'accompagne de ptoses viscérales.

Il faut savoir que même la reposition ne guérit pas ces malades qui sont, avant tout, des neurasthéniques et qui doivent être traitées comme telles, en même temps que l'on remédie à leur abaissement rénal et à leur entéroptose.

#### Traitement de la rétrodéviation.

**Prophylaxie.** — Le traitement de la rétrodéviation doit être tout d'abord prophylactique. On a accusé l'usage qu'ont les femmes de se lever trop tôt après les couches ou l'avortement de donner lieu à la culbute de l'utérus en arrière; il est certain que l'utérus et tous les muscles et ligaments qui concourent à la statique pelvienne se trouvent dans une situation défectueuse pour résister à la pression intra-abdominale tant que la subinvolution ne s'est pas faite. L'utérus, augmenté de volume, parfois atteint d'inflammation, a une tendance à se porter en arrière; d'autant plus que les ligaments ronds utéro-sacrés et les trousseaux ligamenteux du col n'ont pas repris leurs fonctions normales et sont souvent dans un état de relâchement qui coïncide avec les lésions traumatiques si nombreuses du diaphragme pelvien consécutives à l'accouchement.

L'usage a consisté, jusqu'ici, à immobiliser au lit pendant plusieurs semaines les femmes qui viennent d'accoucher.

Il semble qu'il soit préférable de les faire lever dix à douze jours après leur accouchement, pour éviter que l'utérus ne subisse, à la longue, l'influence pernicieuse de la stase sanguine du petit bassin et que le poids de l'organe n'entraîne l'utérus en rétrodéviation. En soustrayant l'organe gestateur, et tous les muscles qui concourent à la statique pelvienne, à toute action capable de réveiller la contractilité et l'élasticité, on risque de retarder la subinvolution et de mettre, par une immobilité prolongée, les organes dans un état d'infériorité telle que la pression abdominale parvient à culbuter la matrice dans le cul-de-sac de Douglas. Il va sans dire que, si l'on donne le conseil aux nouvelles accouchées de se lever vers le dixième ou le douzième jour, c'est à la condition expresse qu'elles ne soient sous l'influence d'aucune inflammation métritique ou périmétritique; on doit, en outre, s'assurer avec le plus grand soin que l'utérus n'est pas dévié en arrière. Si cette éventualité se produisait, il y aurait lieu