

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 déficiente 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