

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS NON COMPLIQUÉES.—(*Gynécologie*, 15 février 1896, p. 3.)—M. BOUILLY distingue les rétrodéviationes en simples, c'est-à-dire avec utérus mobile et réductible d'emblée, et en *compliquées* avec utérus fixe non réductible ou difficilement réductible : ces dernières sont sous la dépendance de lésions annexielles ou péritonéales anciennes dont la rétroversion n'est qu'une complication secondaire et qu'il importe de traiter avant tout.

Il faut prendre garde à la fausse irréductibilité due, dans les cas anciens, à l'enclavement de l'utérus au niveau de la courbure sacrée : l'utérus est entouré de toutes parts, mais non adhérent, comme l'emploi de l'hystéromètre permet de le constater, quel que soit l'âge de la déviation. L'auteur cite un cas remontant à dix-sept ans. C'est ici que le massage, bien souvent, accomplit le plus de merveilles, mais l'hystéromètre est encore plus rapide et plus sûr.

Les femmes ayant accouché fournissent la majorité des cas de rétrodéviation observés : chez les nullipares, on trouve plutôt la rétroflexion que la rétroversion : cette rétroflexion est, pour M. Bouilly, ordinairement congénitale, sauf les cas exceptionnels consécutifs à un effort, véritable *luxation*, comportant un traitement et des symptômes spéciaux.

Il n'y a pas de signes constants et exclusifs des rétrodéviationes simples, les seules qu'envisage M. Bouilly dans son article. Elimination faite des hystériques, on voit des femmes supporter sans se plaindre une déviation de très ancienne date, que le gynécologue est amené à découvrir par hasard ; d'autres fois, les malades accusent des douleurs que le médecin rapporte à une rétroversion constatée et qui cessent grâce à un traitement banal, malgré la persistance de la déviation.

Il y a cependant un certain nombre de symptômes que l'on peut lui rapporter, ne fût-ce qu'en constatant leur disparition par la correction de l'attitude vicieuse de l'organe et leur réapparition invariable dès que l'utérus retombe en arrière : douleurs sourdes et persistantes créant peu à peu des troubles profonds de l'existence plutôt par leur continuité que par leur violence : pesanteur, tiraillements au niveau des aînes, parfois pression sur le rectum ou au niveau de l'anus, avec sensation de déplacement d'un corps étranger quand on s'assied ; la marche et la station debout sont rapidement fatigantes et quelquefois impossibles ; le décubitus horizontal au lit ne soulage pas les douleurs et, d'instinct, les malades se couchent et dorment sur le ventre ; les rapports sont douloureux ; les règles deviennent abondantes et s'accompagnent d'un état général douloureux tout spécial ; des signes de ptose stomacale avec dilatation de l'organe se montrent très habituellement accompagnés d'un état neurasthénique tout spécial.

Faut-il traiter toutes les rétrodéviationes ? M. Bouilly estime que chez les femmes âgées on peut laisser les choses en état. Chez les jeunes femmes, c'est une lésion généralement ancienne quand on la découvre et pouvant entraîner à la longue des complications de diverse nature et mêmes des lésions tubaires par torsion et obstruction du canal de la trompe.

D'une façon générale, M. Bouilly s'élève contre l'emploi de la méthode sanglante dans le traitement des rétrodéviationes mobiles. Sans contester les succès d'Alquié-Alexander, de l'hystéropexie abdominale ou vaginale, il pense que les moyens simples peuvent conduire à des résultats aussi bons : seule l'hystéropexie abdominale survivra-t-elle, mais dans les cas compliqués de troubles annexiels qui constituent en somme sa véritable indication. Le traitement de choix selon M. Bouilly est donc l'emploi d'un pessaire bien choisi et bien appliqué.

M. Bouilly distingue au point de vue du traitement, deux catégories de femmes : celles dont le plancher périnéo-vaginal est mauvais et insuffisant, et celles dont le même plancher est bon et suffisant.

Dans le premier cas la restauration vagino-périnéale s'impose comme le