bien dirigé suivant le même axe que le col — ***rétroversion*** — ou bien fléchi sur lui à angle plus ou moins aigu et refoulé dans le fond du cul-de-sac de *Douglas* ***(rétroflexion).*** Tels sont les cas de rétroversion et de rétroflexion qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique.

Les ***symptômes*** sont le résultat des modifications de pression qui se sont produites dans la profondeur du bassin. Les malades se plaignent de douleurs sacrées plus ou moins persistantes, plus ou moins violentes, et d'un ténesme rectal insupportable. Souvent on observe en même temps de la strangurie, une sensation de descente de l'utérus et de prolapsus des viscères pelviens, des troubles gastriques, des vertiges, des nausées, des migraines et la sensation de boule hystérique. Les signes qu'on a l'habitude de rapporter plus spécialement aux rétroflexions, tels que les phénomènes de compression du plexus sacré, d'où résulte l'impossibilité de la marche et de la station debout, appartiennent, bien plus souvent qu'à la déviation elle-même, à la périmétrite qui la complique et qui est née en même temps qu'elle, pendant la même période puerpérale.

Il est une autre série de symptômes qui sont dus au ***désordre fonctionnel*** créé par l'anomalie de position et de conformation. La gène circulatoire augmente les sécrétions de la muqueuse, les menstrues sont plus que modérées et sont précédées ou s'accompagnent de violentes coliques. Certaines femmes souffrent énormément pendant les rapprochements sexuels; d'autres demeurent stériles tant que dure la rétroflexion.

A côté des cas ci-dessus étudiés où la rétroflexion de l'utérus se manifeste par des symptômes très prononcés, il en est d'autres, et ils sont nombreux, où ***la déviation reste latente.*** Seule ***l'apparition d'un catarrhe ou d'une affection éloignée*** occasionne des troubles de la santé qui conduisent à l'exploration génitale et à la constatation de la rétroflexion. Mais les rétrodéviations simples et exemptes de complications existent sans altérations anatomiques qui méritent d'être mentionnées, et sans donner lieu à des symptômes cliniquement appréciables.

Avec un peu d'habileté dans l'exploration combinée, on établira le diagnostic sans aucune difficulté. En voici les éléments : la



portion vaginale du col est dirigée en avant; tantôt le col regarde la symphyse, tantôt il est fléchi sur le corps; celui-ci n'est pas tangible à travers le cul-de-sac vaginal antérieur; on ne le sent que dans la profondeur de la concavité du sacrum. Lorsque la paroi abdominale n'est pas trop chargée de graisse, on arrive à palper le fond de l'excavation pelvienne, si l'on a soin de faire coucher la femme, la tête basse, les jambes un peu relevées et la région coccygienne tout à fait au bord du lit. On lui fera dégrafer ceintures et corset. Si l'on déprime alors doucement la paroi abdominale, on trouvera généralement le corps de l'utérus au-dessus du cul-de-sac postérieur. ***Il ne suffit pas, pour poser le diagnostic, d'avoir senti le point de la flexion,*** parce qu'un repli un peu prononcé du vagin au niveau de son insertion cervicale peut parfois simuler une flexion. ***Il faut avoir palpé le corps lui-même au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin.***

Si le doigt ne réussit pas à atteindre le fond de l'utérus par la voie vaginale, on aura recours à d'autres moyens. On s'adressera au toucher rectal, mais en s'aidant toujours du contrôle de la main appliquée sur le ventre. Échoue-t-on par le toucher rectal, il faut introduire le doigt dans le cul-de-sac vaginal latéral et suivre le bord de l'utérus. De cette façon on parvient quelquefois à saisir, entre les deux mains, et la région infléchie et le corps utérin lui-même. Sinon il ne reste plus qu'à pratiquer l'examen pendant le sommeil anesthésique.

Parfois on demeure dans le doute, parce qu'il semble qu'on rencontre derrière le col une sorte de tumeur au-dessous de laquelle seulement on sent l'utérus. Il peut paraître très difficile, dans ces cas, d'acquérir la notion exacte de ce qui existe; mais cependant, avec un peu de patience et d'habileté, on réussit à isoler l'organe dévié. Comme dernière ressource nous avons le cathétérisme utérin.

Ces déviations utérines très tardives se compliquent souvent d'une hyperplasie assez considérable du corps et du col, du museau de tanche surtout; la muqueuse de la cavité est également hypertrophiée dans toute son étendue, et cette hypertrophie se décèle au niveau de l'orifice externe par l'ectropion de la muqueuse cervicale. Il est rare de trouver dans la rétroflexion de l'utérus, même

BIBLIOTECA

non gravide, un œdème qui intéresse tout le plancher du bassin et qui donne à celui-ci une apparence de ramollissement et même une coloration bleuâtre.

D'ailleurs les phénomènes qui accompagnent la rétroflexion sont, je le répète, éminemment variables. Il est des femmes qui souffrent cruellement des rétrodéviations d'un utérus tout à fait mobile; tandis que d'autres sont à peine incommodées même lorsque la matrice volumineuse se trouve enclavée dans l'excavation pelvienne.

Quant au ***traitement,*** il devra être institué chaque fois que la rétroflexion occasionnera des accidents. Mais lorsque la déviation, rétroflexion ou rétroversion, n'a été constatée que par hasard, qu'elle ne donne lieu à aucun symptôme subjectif et qu'elle n'est pas accompagnée d'altérations anatomiques, on doit s'abstenir de toute intervention locale. Mon journal privé est rempli d'observations dans lesquelles la déviation de l'utérus en arrière existait sans aucun signe imputable à l'anomalie de situation elle-même. Aussi, toutes les fois que j'ai affaire à un cas semblable, je renonce à tout traitement orthopédique. Parmi les accidents qui nécessitent l'intervention, je citerai :

1° Les troubles fonctionnels des organes voisins ;

2° Les troubles de la menstruation ;

3° Les troubles fonctionnels et les altérations de structure de la muqueuse et du muscle utérins ;

4° Les troubles qui deviennent des obstacles à la conception.

La rétroflexion occasionne-t-elle des désordres, le redressement de l'utérus et son maintien dans la situation normale s'imposent. Il importe, dans ces cas, de se rendre bien compte dans et à quelles conditions le traitement mécanique donnera des résultats. En effet ce dernier ne sera suivi de succès que quand la matrice est demeurée mobile et se laisse réduire sans qu'on risque de produire la déchirure des adhérences qui la fixent au voisinage. ***Si la rétroflexion n'est qu'une complication de la périmétrite, gardez-vous bien de toucher à l'utérus*** et contentez-vous de traiter la phlegmasie péri-utérine. Cependant l'urgence de la réduction s'impose-t-elle, en raison des accidents dus à cette complication, n'intervenez qu'avec la plus grande circonspection, et



essayez de remédier au mal en agissant sur la muqueuse ou sur la tunique musculaire de la matrice. Opérez le grattage de la première, amputez un segment du col, mais ne vous aventurez pas à appliquer un pessaire.

Le traitement orthopédique est indiqué lorsque la rétroflexion est accompagnée des symptômes que nous avons passés en revue ou d'altérations anatomiques durables, et que l'utérus est resté mobile. ***Ce traitement consiste :***

1° ***Dans le redressement de l'utérus rétrofléchi ;***

2° ***Dans sa contention dans la position normale.***

Le ***redressement*** peut se pratiquer de différentes manières (1). Il suffit parfois de faire coucher la femme sur le ventre pour faire basculer en avant le corps de l'utérus. Ailleurs on réussit en faisant subir à ce dernier certaines manipulations vaginales. Une manœuvre, décrite par *Solger* (Berlin) en 1873 (2) et recommandée par *Courty* (3) (1880), sous le nom de ***reposition spontanée aérienne,*** consiste à faire prendre à la femme le décubitus latéral ou la posture sur les genoux ou les coudes, et à déprimer fortement le périnée et la paroi vaginale postérieure au moyen d'un spéculum univalve. *Solger* admet que, grâce à la pression de l'air qui fait irruption dans le vagin, l'utérus se réduit spontanément. A mon avis l'air n'est pas dans ces cas le facteur unique de la reposition ; il faut tenir compte également de la configuration de la paroi postérieure du bassin et de l'état de la cavité abdominale. Il est probable que le replacement de l'utérus est en fin de compte le résultat de la traction en arrière opérée sur le col, au niveau du cul-de-sac postérieur, par le bord supérieur du spéculum.

Il n'y a rien à objecter à ces tentatives de réduction. Mais d'après mes observations personnelles, ce procédé est généralement insuffisant ; il est incommode et n'offre pas, pour compenser ses inconvénients, des avantages supérieurs aux autres modes de traitement.

Le vrai moyen de réduction consiste à s'attaquer à l'utérus lui-

(1) Hegar, Coll. de Volkmann. (Gyn. 34.)
(2) *Beitr. z. Geb. u. Gyn. der Ges. f. Geb. zu Berlin*, 1873.
(3) *Association française pour l'avancement des sciences, Comptes rendus*, 1880. Paris, 1881.

BIBLIOTECA

même. Au premier rang, nous trouvons la ***reposition bimanuelle.*** Quel que soit le décubitus de la femme, un ou deux doigts introduits dans le vagin ou dans le rectum refoulent en haut le corps rétrofléchi, qui est saisi par la main hypogastrique et amené en avant. En même temps les doigts de l'autre main repoussent en arrière le segment cervical. Si les doigts ne réussissent pas à produire ce déplacement du col, on aura recours à une pince à mors ou à une pince quelconque (1). La réduction ne pourra être regardée comme terminée que lorsqu'on sentira à travers le cul-de-sac antérieur le corps de la matrice couché sur la paroi antérieure du vagin et le col complètement dirigé en arrière.

Une troisième méthode consiste à réduire la déviation au moyen d'instruments introduits dans l'utérus ; ces instruments sont nombreux. L'un des plus connus est celui de *Sims* (2), qui, muni d'un mécanisme à ressort, est un modèle en son genre.

Lorsque le redressement bi-manuel est difficile à opérer, je me sers volontiers, pour rectifier la position de l'utérus, de la sonde rigide ordinaire. Je l'introduis comme d'habitude jusqu'au niveau de l'orifice interne, puis je fais subir au manche un mouvement en arc de cercle, afin que la concavité regarde en arrière, et je pénètre dans le corps rétrofléchi. Il y a des médecins qui croient à tort que rien que cette intromission déplace déjà quelque peu l'utérus. C'est le col seul qui se trouve fortement refoulé en avant.

Par un mouvement approprié, imprimé au manche, je tourne alors la concavité du cathéter en avant et je relève le fond de l'utérus presque uniquement par le poids même du manche, ou à l'aide d'une très légère pression exercée sur ce dernier, pendant que je soutiens le museau de tanche avec un doigt de l'autre main. Je continue ma manœuvre jusqu'à ce que le manche se trouve tout à fait en arrière et par conséquent le bec en avant. Puis je procède à l'exploration abdomino-vaginale, pour savoir si l'utérus est dans sa rectitude normale. Les quelques gouttes de sang qui accompagnent cette manœuvre de réduction n'ont aucune importance ; on aura soin d'en prévenir les malades.

(1) V. Küstner, *Centralbl. Gyn.*, 1882, n° 28.
(2) *Chirurgie utérine*, p. 86.



Jusqu'à présent nous avons supposé l'utérus complètement libre. Les adhérences qui entravent la mobilité de la matrice et qui sont souvent des reliquats de périmétrites anciennes, se révèlent par de la douleur dès le début des tentatives de redressement. Dans ces cas il faut renoncer à l'intervention. Lorsque ces adhérences sont peu prononcées et qu'elles laissent quelque liberté à l'utérus, elles ne se révèlent le plus souvent qu'au moment où celui-ci est déjà redressé. Aussitôt qu'on s'aperçoit de leur présence, il faut s'abstenir de toute manœuvre ultérieure. Les partisans de la réduction bimanuelle prétendent que seule leur manière de procéder rend cette constatation possible. Quant à moi je suis convaincu du contraire. Dans le replacement bimanuel, le doigt refoule en haut tout le cul-de-sac vaginal et ne peut, par conséquent, sentir que difficilement les adhérences qui existent entre l'utérus et le cul-de-sac de *Douglas;* tandis que dans le redressement par la sonde, le doigt qui soutient le col se rend facilement compte de la tension d'un repli muqueux ou même du refoulement simultané du cul-de-sac du vagin et du corps utérin.

L'utérus une fois réduit, il nous reste à remplir la seconde indication thérapeutique : ***maintenir l'organe dans sa position normale.***

On a essayé de fixer l'utérus dans la bonne situation en l'unissant aux parties avoisinantes. Ces tentatives n'ont pas eu de succès pratique. Et en effet leurs résultats, comparés à ceux que donnent les tuteurs vaginaux, s'accompagnent de tant d'inconvénients qu'on n'y a plus recours que dans les cas extrêmes (1). L'opération d'*Alexander* (2) n'est pas appelée à une grande vogue, alors même que le nombre des cas heureux augmenterait encore. (*Imlach, Zeiss, Adam,* etc.)

Personnellement je n'ai pas encore trouvé de quoi me décider à faire des tractions sur les ligaments ronds, à travers l'anneau inguinal, pour combattre une rétroflexion.

Je ne puis décrire ici tous les instruments inventés pour mainte-

(1) Freund, *Monatsschr. f. Geb.* 32, p. 432.
(2) *British med. Journ.* 1883, et *The treatement of backward displacements*, etc. Londres, 1884.



BIBLIOTECA

nir l'utérus dans sa position normale. Je me sers pour ma part presque exclusivement du pessaire de *Hodge*. (Fig. 45.) C'est un anneau en fil de cuivre recouvert de caoutchouc, dont les numéros les plus employés sont ceux qui ont de 6 à 12 centimètres. Ce pessaire est propre, commode et facile à appliquer et à enlever. On devra le choisir en rapport avec le calibre du vagin et lui donner la courbure convenable. Je tiens à ce que ces anneaux présentent une certaine inflexion de l'étrier antérieur (le moins large), afin de ne pas gêner le canal de l'urètre. L'étrier le plus large sera logé en haut et en arrière.

On a encore donné à ces anneaux le nom de pessaires-leviers, je ne sais trop pourquoi. En effet, l'utérus arrive à peine en contact avec eux lorsqu'ils sont bien appliqués. Leur action consiste plutôt à refouler en haut la voûte vaginale par l'intermédiaire de l'étrier postérieur, qui infléchit les ligaments utéro-sacrés et rapproche leurs points d'insertion. De cette façon le col est attiré en arrière et l'utérus fixé dans sa position normale. L'action directe du pessaire de *Hodge* porte donc sur les ligaments utéro-sacrés et non sur la matrice. Le refoulement du cul-de-sac vaginal postérieur tient à ce que l'étrier antérieur s'arc-boute contre la paroi antérieure du vagin ou, chose qu'on ne peut pas toujours éviter, contre les branches descendantes du pubis.

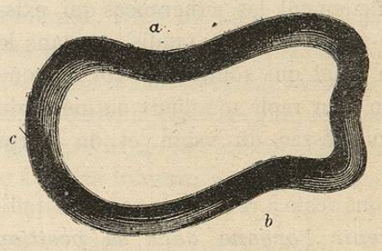

Fig. 45. — Pessaire à rétroflexion de Hodge.

On introduit ce pessaire de la façon suivante : après réduction de l'utérus, on enduit l'anneau d'un corps gras et on le saisit par ses branches latérales *a* et *b* entre le pouce et le médius, l'extrémité de l'index appliquée sur l'étrier *c*. On le présente à l'orifice du vagin de manière à ce que le côté *c* soit parallèle à la fente vulvaire. Puis, en déprimant avec la partie *b c* la fourchette, qui est moins sensible que la commissure antérieure, on pousse l'appareil dans le vagin, l'étrier *c* en avant. A ce moment, c'est-à-dire lors-



qu'il est arrivé à sa place, on lui donne une direction transversale, et on loge le côté *c* horizontalement dans le cul-de-sac rétro-cervical. Le col tombe dans l'ouverture de l'anneau, pendant que le bord antérieur de ce dernier s'applique contre la paroi vaginale antérieure, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur.

Il ne faut jamais renvoyer la malade sans s'être assuré préalablement, soit par le toucher bi-manuel soit par le cathétérisme, si,

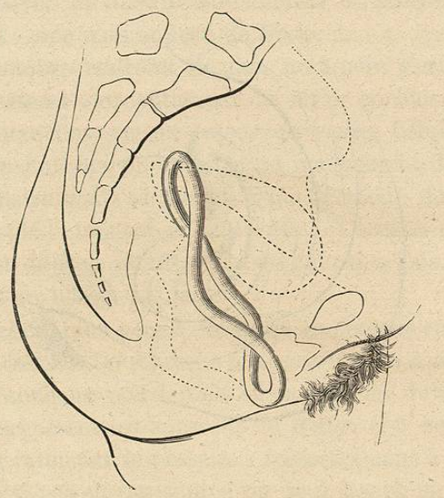
Fig. 46. — Pessaire en huit de chiffre de Schultze.

après application du support, l'utérus demeure fixé dans sa position naturelle.

Le pessaire peut rester en place pendant l'époque des règles ; il ne gêne pas davantage les rapprochements sexuels et la fécondation.

Comme soins de propreté, je recommande des injections vaginales biquotidiennes avec une solution d'acide phénique à 1 1/2 % ou avec un liquide désinfectant quelconque. Au bout de trois à six mois de séjour dans le vagin, le revêtement en caoutchouc a blanchi sous l'action des sécrétions, mais ne répand cependant aucune mauvaise odeur si la femme est propre et le mucus vaginal normal.

BIBLIOTECA

Ce n'est que dans des cas très exceptionnels que les pessaires de *Hodge* se sont montrés insuffisants.

Quant aux pessaires de *Schultze*, ce sont également des anneaux en caoutchouc. Les uns ont la forme d'un huit de chiffre dont les tours sont de dimensions différentes. L'anneau à petit diamètre s'applique en arrière du col; l'autre, plus large, en avant. La portion vaginale doit être emprisonnée dans le premier. (Fig. 46.)

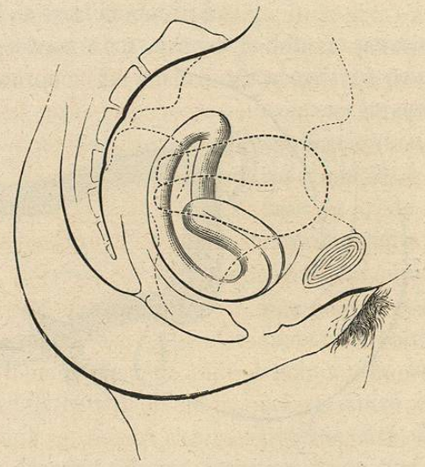

Fig. 47. — Pessaire en traîneau de Schultze.

Ce pessaire a donc une action plus grande encore sur les ligaments utéro-sacrés, parce qu'il maintient le col en arrière.

Les femmes doivent, dit-on, pouvoir le mettre en place et le retirer elles-mêmes.

Je n'ai qu'une expérience négative à ce sujet; car je n'ai jamais fait qu'enlever de ces sortes de pessaires posés par d'autres.

La figure 47 indique la forme du second genre de pessaires de *Schultze* et la façon de l'appliquer. Je n'emploie pas celui-ci plus que le premier; je n'ai donc pas à le critiquer. Je ne discuterai pas davantage la valeur des pessaires inventés par d'autres gynécologues. Mais j'affirme que je suis on ne peut plus content des pessaires de *Hodge*.



Les cas exceptionnels où ceux-ci ne m'ont pas suffi, étaient surtout des cas de rétroflexion où l'utérus avait une structure infantile et où le col n'obéissait pas à la traction des ligaments utéro-sacrés, ou bien où la paroi utérine avait subi elle-même une torsion si forte et si résistante que cette traction seule ne pouvait rectifier la position de l'organe. Dans ces cas, il faut redresser la matrice au moyen de tuteurs intra-utérins et essayer ensuite de la maintenir à l'aide d'un anneau de *Hodge*.

Dans un nombre restreint de cas, mon père s'est servi d'un « pessaire à ressort » constitué par un étrier en buis, mobile par une de ses branches sur un tuteur en ivoire. Celui-ci une fois introduit dans l'utérus, on imprime un mouvement de rotation à l'étrier et l'instrument se trouve fixé. Ce mode de contention donne des résultats très satisfaisants. Mais il occasionne quelquefois cependant de trop grands malaises pour que j'aie pu me décider à en faire un usage fréquent.

On a reproché à mon père d'avoir une préférence marquée pour le pessaire à ressort. Le reproche n'est pas fondé. Après avoir usé longtemps d'anneaux non fermés en caoutchouc durci, il en vint à employer largement les appareils de *Hodge* et à ne plus appliquer que très rarement le pessaire à ressort. Quant à moi, depuis six ans, je n'ai pas encore trouvé un seul cas où ce dernier me parût indiqué.

Dans la plupart des cas, les malaises provoqués par la rétroflexion disparaissent avec l'emploi des anneaux de *Hodge*. Nous voyons très souvent leur application être rapidement suivie de la guérison d'inflammations parenchymateuses et catarrhales du col, qui avaient persisté pendant toute la durée de la déviation. Il s'agit toutefois de savoir si l'utérus ainsi soutenu demeure dans sa position naturelle, si par conséquent la rétroflexion disparaît pour ne plus revenir. La réponse est négative pour la majorité des cas (1).

(1) P. Mundé (*Americ. Journ. of obst.*, octobre 1881) et Löhlein ont collationné les observations de ce genre à eux personnelles. Voir la discussion sur le rapport de Löhlein dans les procès-verbaux de la Société d'obstétrique et de gynécologie

BIBLIOTECA

Il est rare que la matrice demeure en antéflexion normale après enlèvement du pessaire. La plupart du temps, on ôte l'appareil parce que l'utérus est bien situé et que les symptômes sont dissipés; les femmes elles-mêmes le retirent ou le perdent, et, se sentant fort soulagées, considèrent comme inutile de s'adresser de nouveau au médecin.

Un contrôle minutieux pendant la durée de l'application et les premiers temps qui suivent l'enlèvement du pessaire, est impossible chez des malades qui appartiennent pour la plupart à la clientèle policlinique. Aussi ne peut-on compter plus de 15 % de guérisons définitives; et cependant les femmes se figurent être débarrassées de leur infirmité. Pour expliquer ce fait, il faut bien admettre que les malaises ne sont pas toujours créés par la déviation elle-même — quoique ce soit le cas quelquefois; — que les accidents sont bien plus souvent le résultat de troubles intercurrents qui ne guérissent qu'avec la réduction de la rétroflexion. Il est bien possible que lorsque le processus catarrhal et la congestion de l'utérus par stase sanguine ont cessé d'exister, celui-ci puisse fonctionner normalement, malgré sa flexion en arrière, jusqu'à ce que de nouveaux symptômes morbides nécessitent pour quelque temps la réapplication du support mécanique.

Dans la rétroflexion, on devrait toujours, à mon avis, examiner minutieusement la matrice et ses annexes, car les affections de ces dernières, la périmétrite, la salpingite, sont des contre-indications formelles du traitement orthopédique. Or il est si facile de ne pas s'apercevoir de l'existence de reliquats de ces phlogoses! — Il faudra traiter avant tout ces maladies. Ce n'est que si les symptômes persistent après leur guérison, qu'on instituera le traitement de la flexion, traitement au besoin orthopédique.

L'utérus est-il mobile et les accidents dépendent-ils de l'anomalie de conformation et de position de l'organe, le redressement et la fixation par un pessaire seront indiqués. Puis, lorsque les symptômes disparaîtront et que la matrice aura repris ses fonctions, sa consistance et son volume normaux, on aura soin de ne pas laisser

de Berlin. 1882. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* VIII, p. 102. — Enfin, Frankel, *Naturforscherwers.* 1886.



le support en place indéfiniment, mais de l'enlever, au contraire, et d'abandonner la malade ou plutôt la matrice à elle-même, de temps en temps, que la flexion soit guérie ou non.

Si les accidents ne reviennent plus, on cesse tout traitement; si le contraire a lieu, on replace le pessaire.

Lorsque la rétroflexion, même latente, semble être un obstacle à la conception, on réapplique également l'appareil, naturellement presque *experimenti causa*. Si la femme devient grosse, la reproduction de la déviation n'est plus à craindre après le quatrième mois : à ce moment on pourra retirer l'anneau. Si l'imprégnation n'a pas lieu, le pessaire pourra demeurer en place tant qu'il n'occasionnera pas d'accidents.

## II. — DESCENTE ET PROLAPSUS DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

Le prolapsus des organes génitaux est ordinairement la conséquence de troubles survenus dans les rapports anatomiques des parties constituantes du plancher pelvien. Lorsque la fente étroite du vagin (fig. 48) se dilate et que les connexions solides unissant les diverses couches de ce plancher se relâchent, la fente devient un canal largement béant à paroi extensible. Les parois du canal s'invaginent, et les organes susjacents, privés de leur support naturel et obéissant aux lois de la pesanteur, tombent dans le conduit d'autant plus facilement que l'angle utéro-vaginal est plus obtus. Ce relâchement dans la connexion, si intime, pendant la jeunesse, des éléments du plancher pelvien, se produit le plus souvent sous l'influence de l'***accouchement.*** Voilà pourquoi la majorité des descentes et des prolapsus sont créés par le travail de la parturition. Il est rare que la procidence des parois du tractus génital soit le résultat d'***affections éloignées*** ou de ***néoplasmes.***

La grossesse fournit un notable contingent de causes de prolapsus, en provoquant le relâchement du plancher pelvien et en imprimant des modifications durables aux organes sexuels. La distension considérable ou les déchirures superficielles ou profondes des parties, au moment de l'accouchement; la tuméfaction énorme

BIBLIOTECA