

ment, la gynécologie, devenue plus analytique et partant plus éclectique, tend à rendre à chacun de ces états morbides la place qui lui est due; elle fait, en outre, intervenir des éléments nouveaux ou à peu près ignorés jusqu'ici, résultant de l'état pathologique des annexes.

On sait maintenant que la déviation de l'utérus ne constitue pas à elle seule une maladie, mais seulement un facteur, ou, pour mieux dire, un coefficient d'un état morbide complexe, dans lequel le déplacement n'entre que pour une part variable. Il n'est aucun gynécologiste qui n'ait eu l'occasion d'observer des déplacements marqués chez des femmes qui ne présentent, du reste, aucun symptôme maladif. Certains auteurs¹, se basant sur ce fait incontestable, n'ont pas hésité à nier complètement le rôle pathogénique des déviations. C'est tomber d'un excès dans l'autre. Si la déviation n'est pas une maladie par elle-même, elle crée pour l'organe déplacé une vulnérabilité particulière, résultant de troubles circulatoires par augmentation de la tension veineuse et par les altérations nutritives qui peuvent en être la conséquence²; elle favorise et entretient l'inflammation dans la cavité et à la surface de l'utérus.

De plus, le prolapsus des annexes, qui souvent participent à l'inflammation de l'utérus, peut être la source de troubles nerveux réflexes dont l'influence n'est pas négligeable, surtout dans la déviation en arrière. Enfin, les adhérences dues parfois à la péri-salpingite consécutive, en fixant la matrice dans sa position vicieuse, rendent plus pénibles les phénomènes, qui en sont la conséquence.

Il résulte de ce qui précède que la notion de déviation utérine, simple autrefois, et réduite au seul point de vue anatomo-pathologique, renferme pour nous actuellement, sous une même dénomination clinique, des éléments complexes dont le traitement doit tenir compte autant et parfois plus que des changements dans l'axe de l'organe, à savoir: la métrite, le prolapsus des annexes saines ou enflammées, la péri-salpingite, et enfin, dans une large mesure, surtout au début, l'excès de mobilité utérine, due à la laxité ligamentaire.

¹ J. MATTHEWS DUNCAN. *Clin. lectures on the diseases of women*, Londres, 3^e édit., 1886 (Leçons 44 et 45). — VEDELER (*Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXVIII, Heft 2, p. 228) soutient que la rétroflexion n'a qu'un intérêt anatomo-physiologique et nullement anatomo-pathologique. Sur 313 cas de rétroflexion, 40 femmes sur 100 ne présentaient aucun symptôme morbide, et chez 60 malades, il s'agissait de troubles attribuables à l'état nerveux, à la gonorrhée, etc.

² MARY PUTNAM JACOBI. *Notes on uterine versions and flexions* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 225). — Cet article contient des considérations intéressantes, quoique d'une ingéniosité parfois trop théorique, sur la pathogénie des déviations et sur la physiologie pathologique des troubles qu'elles entraînent.

CHAPITRE I

DÉVIATIONS EN AVANT

I. — Antéversion.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic avec : corps fibreux; exsudat inflammatoire ou sanguin; antéflexion. — Traitement.

Anatomie pathologique. Étiologie. — La courbure normale de l'utérus coïncide assez sensiblement avec l'axe curviligne de la filière

Anatomie pathologique et étiologie.

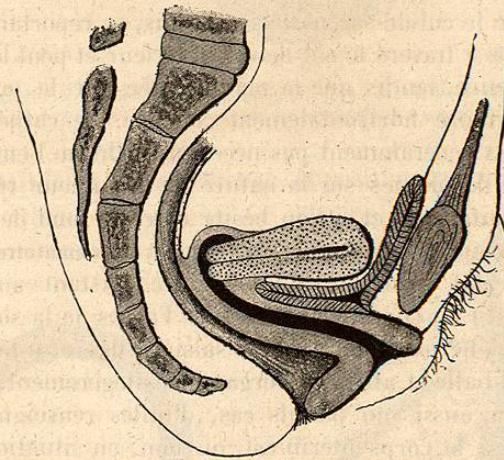


Fig. 215. — Antéversion de l'utérus.

pelvienne. Dans l'antéversion, cette courbure est redressée et l'organe tombe en avant, se couche derrière le pubis, sur la vessie; le col se porte directement en arrière (fig. 215). L'utérus est alors ordinairement augmenté de volume par un certain degré de métrite. Il existe souvent un exsudat périmétritique vers un des pôles de l'organe, soit en avant au niveau du fond, soit en arrière au niveau du col, qui fixe l'utérus dans sa mauvaise position.

La grande cause de l'antéversion réside dans les changements de structure de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement et dans une involution vicieuse, amenée par une légère infection; l'organe prend cette attitude quand il est encore malléable et la conserve parce que sa tonicité normale n'est pas revenue; les adhérences péritonéales viennent enfin l'y fixer.

Le poids d'une tumeur peut aussi déterminer cette déviation, qui n'est plus alors qu'un épiphénomène.

Symptômes.

Symptômes. — Le syndrome utérin, que j'ai décrit à propos de la métrite, peut se retrouver ici avec tous ses caractères. Il faut noter plus spécialement le ténésme vésical et rectal, exagérés par la pression du fond et du col de l'utérus, mais qui manquent souvent et se rencontrent, du reste, dans des cas de simple métrite; la difficulté de la marche, les phénomènes nerveux réflexes sont communs à toutes les déviations, et attribuables, sans doute, à la mobilité utérine et à l'entéroptose qui en résulte, plus qu'au déplacement de la matrice: c'est ce que prouve bien l'efficacité de l'immobilisation par le pessaire ou la ceinture.

Diagnostic.

Diagnostic. — La palpation bi-manuelle permet facilement de faire le diagnostic: le doigt vaginal doit chercher l'orifice du col très en arrière, contre le cul-de-sac postérieur, puis, se reportant en avant, il sent le corps à travers le cul-de-sac antérieur et peut le suivre sur sa face antérieure, tandis que la main placée sur le pubis explore sa face postérieure horizontalement couchée. Le cathétérisme est difficile et n'est généralement pas nécessaire. On ne l'emploiera que si l'on conçoit des doutes sur la nature de la tumeur trouvée dans le cul-de-sac antérieur, et si l'on hésite entre le fond de l'utérus ou une tumeur surajoutée: corps fibreux, exsudat inflammatoire ou sanguin. L'antéflexion serait reconnue à la coudure existant au niveau de l'union du col et du corps. Pour faciliter l'accès de la sonde dans le museau de tanche, on pourra alors saisir la lèvre antérieure avec une pince tire-balle et abaisser l'organe très légèrement. Le toucher rectal donnera aussi, en pareils cas, d'utiles renseignements, en faisant savoir si le corps utérin est, ou non, en situation normale.

Traitement.

Traitement. — C'est la métrite qui cause et entretient l'antéversion; c'est à elle que doivent s'adresser les premiers soins. Il faut s'assurer qu'il n'existe pas d'inflammation aiguë autour de l'utérus ou du côté des trompes, avant d'instituer un traitement énergique de la muqueuse utérine. On commencerait par faire disparaître la métrite à l'aide de moyens appropriés, parmi lesquels les douches vaginales très chaudes, les tampons glycélinés, les bains de siège fréquents et les vésicatoires répétés sur le bas-ventre tiennent le premier rang. Quand tout symptôme aigu aura disparu, on fera le

curettage suivi d'injection de perchlorure de fer, suivant les préceptes qui ont été donnés précédemment.

Curettage.

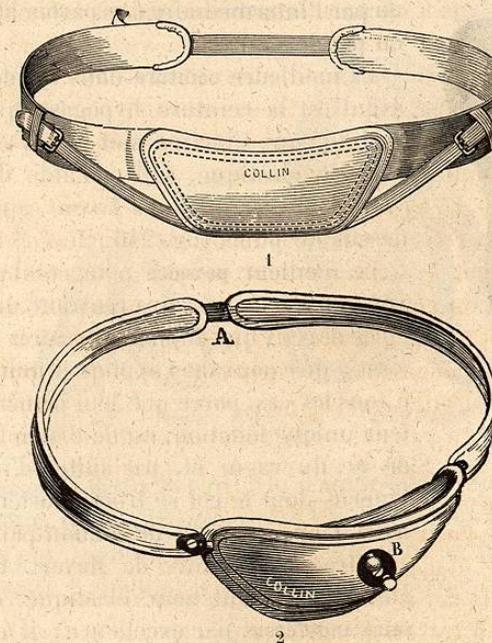


Fig. 216. — 1. Ceinture hypogastrique à pression élastique (Pajou).
2. Ceinture hypogastrique avec plaque mobile à double mouvement (Collin).

Il n'y a pas à faire ici de réduction, la position de l'organe étant une

Réduction.

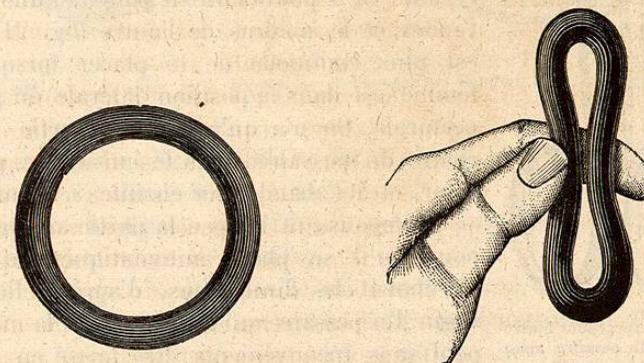


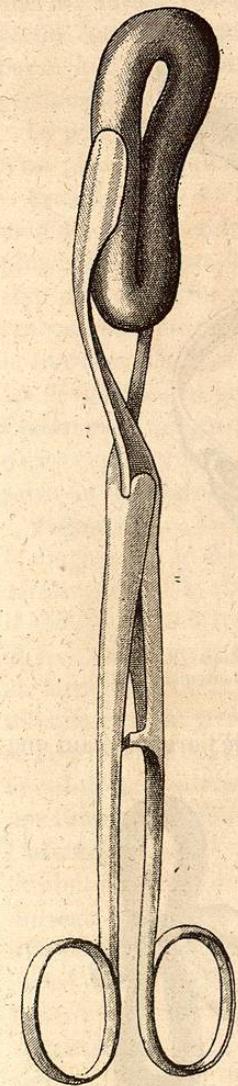
Fig. 217. — Pessaire annulaire, dit de Dumontpallier (ou de Mayer).

simple exagération de l'état normal. Si malgré l'entière disparition de la métrite les douleurs persistaient, elles ne pourraient être dues qu'à des réflexes prenant leur source dans la laxité ligamentaire et

l'entéroptose. C'est donc à immobiliser l'organe et à le soutenir qu'on doit songer. Pour cela, on peut agir sur lui de deux façons : ou par l'intermédiaire des parois abdominales, ou par le vagin.

La meilleure ceinture dans les déviations en avant est la ceinture hypogastrique à pelote mobile, qui s'incline soit par l'action d'une bretelle élastique, soit à l'aide d'un pas de vis qu'on serre, après l'avoir appliquée au-dessus du pubis (fig. 216, 2).

Le meilleur pessaire pour combattre l'antéversion est un pessaire rentrant dans la catégorie de ceux que j'appelle **pessaires indifférents**, c'est-à-dire pouvant s'appliquer indifféremment à tous les cas, parce que leur principale, sinon leur unique fonction, est de distendre les cul-de-sac du vagin et, par suite, d'immobiliser l'utérus dont le col se trouve fortement maintenu. Le pessaire dit de Dumontpallier (appelé à l'étranger pessaire de Mayer), formé d'un anneau en caoutchouc élastique, est le **pessaire indifférent** par excellence ; il est facile à appliquer, à retirer et à nettoyer. On a construit des pinces qui permettent de l'introduire dans le vagin sans douleur (fig. 218) ; avec un peu d'habileté on obtient le même résultat en le pliant entre le pouce, d'une part, l'index et le médium de l'autre (fig. 217). Il est plus commode de le placer lorsque la femme est dans la position latérale ou genupectorale. On n'a qu'à loger la partie supérieure du pessaire dans le cul-de-sac postérieur, et à l'abandonner ensuite à lui-même, en en repoussant un peu la partie antérieure, pour qu'il se place automatiquement. On en choisit les dimensions, d'après celles du vagin. Un pessaire qui ne blesse pas la malade peut sans inconvénients être laissé en place deux et trois mois ; il n'empêche ni le coït ni



218. — Pinces pour l'introduction du pessaire annulaire de Dumontpallier.

la fécondation. Au bout de ce temps, on le retire pour le nettoyer dans l'eau phéniquée et on conseille à la malade de s'en passer pendant quelques jours, pour ne le remettre que si son usage paraît encore utile.

Ceintures.

Pessaires.

On a inventé et préconisé plusieurs **pessaires spéciaux** pour l'antéversion. J'avoue n'en avoir jamais retiré le moindre avantage. Je donne ici des figures montrant le mode d'application du pes-

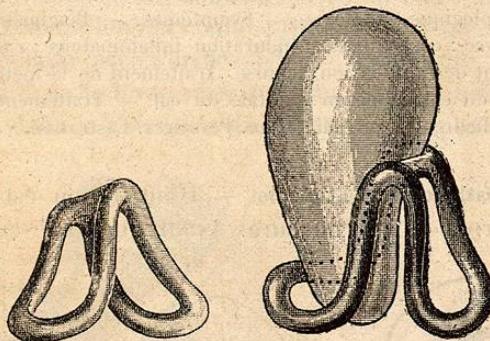


Fig. 219. — Pessaire en berceau, de Graily Hewitt.

saire en berceau de Graily Hewitt. On comprendra mieux l'usage du pessaire de Thomas (fig. 220, A), en se reportant plus loin aux figures relatives à l'emploi du pessaire de Hodge dans la rétroflexion : en effet, ce pessaire s'applique comme celui de Hodge, dont il ne dif-

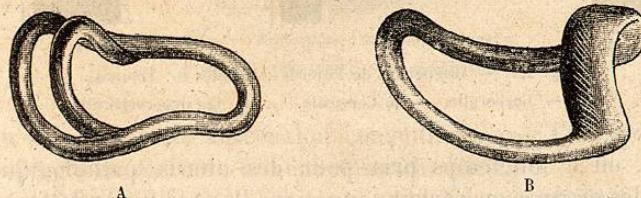


Fig. 220. — A. Pessaire de G. Thomas. — B. Pessaire de Galabin, pour l'antéversion.

fère que par une pièce mobile en fer à cheval, qui passe au-devant du col pour soutenir le corps utérin.

Le pessaire de Galabin (fig. 220, B) présente un fort épaissement antérieur, destiné au même usage.

Je ne fais que mentionner le **traitement général** qui s'adressera à l'anémie et à l'excitabilité nerveuse ; les préparations de fer, de quina et l'hydrothérapie seront surtout utiles.

Traitement
général.

II. — Antéflexion.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic de la variété. Diagnostic avec : corps fibreux; induration inflammatoire; calcul de la vessie. — Traitement de l'antéflexion acquise. Traitement de la métrite : curetage; amputation du col. Discision sagittale du col. — Traitement de l'antéflexion congénitale. Redressement. Dilatation. Pessaires. Castration.

Anatomie pathologique. Étiologie.

Anatomie pathologique. Étiologie. — L'antéflexion est l'exagération de l'état normal d'antécourbure. Avant que celle-ci ne fût bien

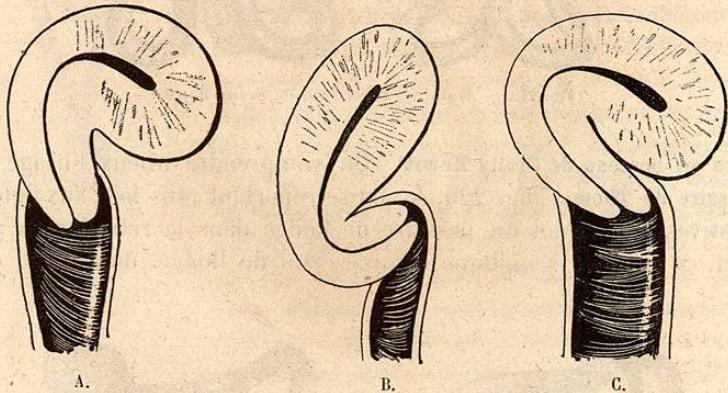


Fig. 221. — Antéflexion de l'utérus : variétés (G. Thomas).

A. — Corporelle. — B. Cervicale. — C. Cervico-corporelle.

connue, on a longtemps pris pour des utérus pathologiquement déviés des organes en parfaite situation. Il est difficile de tracer une limite rigoureuse entre l'état physiologique et l'état morbide; on peut dire pourtant que celui-ci commence lorsque l'angle de flexion est perceptible au doigt explorateur comme une brusque coudure.

Gaillard Thomas distingue trois variétés (fig. 221) :

1° Flexion corporelle; le corps est fléchi sur le col en situation normale : c'est le type ordinaire;

2° Flexion cervicale, inverse de la première;

3° Flexion cervico-corporelle, où les deux segments de l'utérus sont fléchis l'un vers l'autre.

Au point de vue de l'étiologie, il existe deux sortes d'antéflexion : l'antéflexion congénitale et acquise.

Dans la première enfance, comme chez le fœtus, il y a une courbure exagérée de l'organe, dont le corps est alors petit, relativement au col déjà très développé. Il suffit qu'au moment de la puberté

la croissance de l'utérus se fasse irrégulièrement, que la paroi antérieure soit en retard sur la paroi postérieure, pour que l'antéflexion, dite congénitale, se manifeste : elle pourra, seconde marque de l'arrêt de développement, coïncider avec un état infantile du col qui sera relativement long et conique (fig. 223) ou même *tapiroïde*, en museau de tapir avec l'orifice externe très étroit. D'autres fois même, l'atrophie de la lèvre antérieure sera très manifeste, et fournira un sûr indice de l'atrophie de la paroi correspondante; enfin,

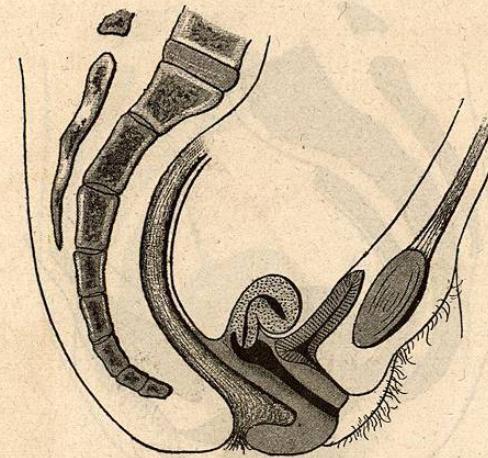


Fig. 222. — Antéflexion d'origine infantile. (Courbure à angle aigu; corps globuleux.)

on a vu coïncider cette antéflexion congénitale avec l'hypoplasie de tous les organes génitaux et l'étroitesse du bassin.

Les antéflexions congénitales ne présentent pas un angle aussi aigu que les antéflexions acquises; elles appartiennent généralement aux deux premières variétés de G. Thomas (fig. 221).

L'antéflexion peut être acquise au moment de la puberté, si, l'hygiène de la jeune fille est mauvaise; quand l'utérus se gonfle et se ramollit sous l'influence des premières règles, les fatigues excessives de l'équitation, la masturbation et toutes les causes de la *métrite virginale* peuvent ici entrer en ligne de compte pour produire à la fois l'inflammation et la déviation de l'utérus. On comprend très bien qu'un ramollissement général de l'organe lui permette de plier au niveau de l'isthme comme sur une charnière et de s'infléchir du côté où l'inclinait déjà son antécourbure infantile. On a parfois noté un effort ou une chute à l'origine des accidents.

La métrite d'origine puerpérale doit être comptée parmi les causes d'antéflexions acquises, bien qu'elle produise beaucoup plus fré-