

verre épais, fenestré, pourvu d'un pavillon, et légèrement incurvé; on peut, du reste, le courber davantage à la lampe. On le remplit de poudre d'iodoforme maintenue par une boulette d'ouate, et on l'introduit dans l'utérus, en ayant soin qu'il soit plus court d'environ

1/2 centimètre que la cavité de l'organe, préalablement mesurée. La malade est tenue au lit huit jours en observation; après quoi, on peut lui permettre de se lever, et d'après l'auteur¹, enlever la tige au bout de huit, dix ou douze mois. L'instrument est retenu par la saillie que fait la muqueuse dans les trous dont il est percé; il est, du reste, très léger et n'a pas de tendance à tomber (fig. 228, B.). Je crois le délai de huit mois trop long, car l'effet utile doit être produit au bout d'un ou deux mois au plus.

Contre les douleurs vives de la dysménorrhée, on emploiera comme calmant des suppositoires à la morphine et à la belladone². On en introduira dans le rectum deux ou trois au besoin dans les vingt-quatre heures. Le massage³ aurait donné de bons résultats.

Enfin, si l'on acquiert la conviction que la dysménorrhée est d'origine ovarienne et non utérine, de telle sorte que l'antéflexion n'y joue qu'un rôle apparent, on ne s'attardera pas à cet épiphénomène, et si l'intensité des symptômes légitime une décision aussi grave, on aura recours à la castration⁴ ou opération de Battey (voir le chapitre DYSMÉNORRHÉE).

Dans les antéflexions congénitales, le col est souvent conique et l'orifice sténosé: c'est la principale cause des douleurs. On a longtemps pratiqué pour ces cas l'incision bilatérale avec le bistouri, le métrotome de J. Simpson, l'hystérotome de Collin (fig. 229), ou les ciseaux de Küchenmeister. Les

résultats ainsi obtenus ne sont pas durables, car la cicatrisation rétablit à peu près l'état primitif. Une véritable stomatoplastie par l'amputation du col à lambeaux bi-coniques, est de beaucoup préférable⁵.

¹ H. FRITSCH. *Die Krankh. der Frauen*, 5^e édit. 1886, p. 244.

² En voici une formule :

R. Beurre de cacao.	2	grammes.
Chlorhydrate de morphine.	} aa 0,01	f. s. a.
Extrait de belladone.		

³ VIEROW. *Zur mechanischen Behandlung der Dysmenorrhée bei Anteflexio Uteri nach THURE-BRANDT* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n^o 52, p. 950).

⁴ H. FRITSCH. *Die Lageveränderungen der Gebärmutter, etc.* (*Deutsche Chir.*, Stuttgart, 1885, p. 69).

⁵ A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkrankh.*, p. 85.



Fig. 229. — Hystérotome (Collin).

Incision bilatérale du col.

Stomatoplastie.

Massage.

Castration.

L'antéflexion cervicale présente des indications spéciales; c'est surtout pour combattre la stérilité qu'on a pratiqué les opérations de discision. Marion Sims (fig. 227) incisait la lèvres postérieure à l'aide de son bistouri à lame courte et tournante; Emmet pratique la même incision avec des ciseaux coudés, ce qui est préférable; il achève la rectification du canal, en incisant, avec un ténotome courbe, sur la face antérieure une certaine épaisseur de tissu formant une sorte d'éperon. L'incision est maintenue ouverte par un tube de verre. On a aussi enlevé un fragment triangulaire de la lèvres postérieure, ou cette lèvres tout entière. On a proposé des opérations plastiques plus compliquées (Küstner, Dudley¹); je les réproûve toutes également. S'il existe une difformité quelconque du col, le mieux est de l'amputer (selon les règles que j'ai décrites au chapitre des MÉTRITES), en apportant un soin particulier à la réfection d'un ample orifice.

Discision.

CHAPITRE II

DÉVIATIONS EN ARRIÈRE.

Les déplacements en arrière sont de beaucoup les plus fréquents et ils entrent pour une assez large part dans la pathologie utérine. Sanger², sur 700 maladies de femmes, a compté 108 cas de rétro-déviations, soit 15,43 pour 100. Winckel a trouvé 19,10 et Löhlein 17 à 18 pour 100³.

I. — Rétroversion.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Toutes les fois que la vessie s'emplit, la matrice se place en rétroversion physiologique tempo-

Anatomie pathologique et étiologie.

¹ DUDLEY. *A plastic operation to straighten the anteflexed uterus* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 145).

² SANGER. *Soc. obstét. de Leipzig*, 17 nov. 1884 (*Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 664).

³ LÖHLEIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 102. — MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1881, p. 789.

raire; la tonicité des ligaments larges, des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, qui, il ne faut pas l'oublier, contiennent une grande quantité de tissu musculaire lisse, ramène ordinairement l'organe dans sa situation normale. Mais son poids est-il augmenté par une inflammation et surtout par un retard dans l'involution post-puerpérale, les ligaments ont-ils eux-mêmes subi un relâchement, tandis que la matrice est rendue turgescence par la métrite, il peut se faire que la rétroversion devienne permanente sous l'influence du décubitus horizontal prolongé.

Des adhérences viennent fixer l'organe dans sa position nouvelle.

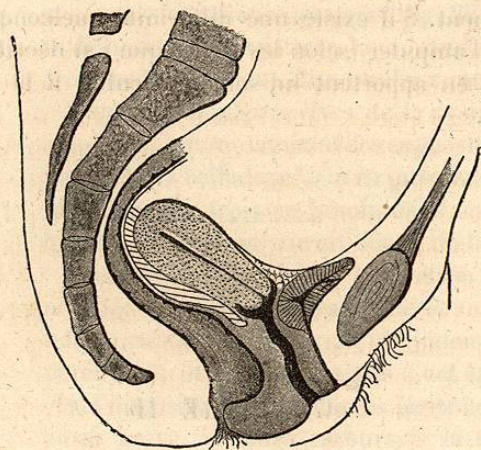


Fig. 250. — Rétroversion avec adhérences étendues de la face postérieure.

Cette pelvi-péritonite postérieure, prenant son origine au niveau du pavillon des trompes enflammées, est même peut-être parfois le fait primordial.

Un effort brusque ou une chute est d'autres fois la cause déterminante de la déviation¹; on peut voir ensuite se prononcer un prolapsus du vagin et un léger abaissement.

La rétroversion est plus rare que la rétroflexion.

Symptômes.

Symptômes. — Quand le déplacement se produit brusquement, à la suite d'un effort, il s'accompagne d'une douleur subite et de phénomènes nerveux variés, comme peut le faire un abaissement subit de la matrice survenu dans les mêmes conditions.

Quand la déviation se développe progressivement, les symptômes se confondent d'ordinaire avec ceux de la métrite ou de la para-

¹ P. TILLAUX. *Rétroflexion accidentelle et instantanée de l'utérus; guérison immédiate par le redressement* (Annal. de gyn., déc. 1889, t. XXXII, p. 405).

métrite circonscrite qui lui ont donné naissance; on observe le **syndrome utérin**. La stérilité est la règle. Quant au ténésme vésical et rectal, parfois très marqués, ils peuvent faire défaut.

La palpation, aidée du toucher, fait reconnaître la position du col en avant, celle du corps en arrière, vers la concavité du sacrum où il est plus ou moins immobilisé. Les deux segments de la matrice se continuent, du reste, directement.

Diagnostic. — La palpation bi-manuelle aidée du toucher rectal et, au besoin, le cathétérisme sont les moyens de reconnaître exactement la situation de l'organe dont le col est dirigé en avant, tandis que le fond du corps peut se sentir à travers le cul-de-sac postérieur. Ce qui distingue cette déviation de la **rétroflexion**, c'est l'absence d'angle, de coudure, entre le corps et le col. On ne confondra pas avec elle un **fibrome** de la paroi postérieure de l'utérus, un **noyau d'hématocèle rétro-utérine**, une **tumeur de l'ovaire** ou de la **trompe**, prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, un **noyau inflammatoire de paramétrite postérieure**, des **scyales** accumulées. Presque toutes les hésitations que pourraient soulever ces diverses hypothèses seraient facilement tranchées par le cathétérisme utérin combiné aux autres modes d'exploration; il sera surtout utile pour la différencier de l'**antéflexion cervico-corporelle**, qui est la source d'erreurs presque inévitables, si l'on se borne au simple toucher du col, vu la direction antéro-postérieure de ce dernier.

Traitement. — Il se confond avec celui de la rétroflexion. (Voir ci-dessous.)

II. — Rétroflexion.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement de la métrite : curetage, amputation du col. Réduction par la position. Réduction bi-manuelle. Réduction avec la sonde. Fixation de l'utérus réduit. Pessaires. — Opération d'Alquié-Alexander-Adams. Technique opératoire. Gravité. Résultats. Grossesse ultérieure. Indications. — Hystéropexie vaginale. Procédés d'Amussat, Richelot père, Bossi, Sims, Byford, Doléris, Skutsch, Schücking, v. Rabenau, Sanger, Nicoletis, Péan, Candela, Freund. — Hystéropexie abdominale. Aperçu historique. Technique opératoire. Procédés de Kœberlé et Klotz, de Olshausen et Sanger, de Kelly, Leopold, Czerny, Terrier et Pozzi. Procédé de Caneva : gastro-hystéropexie sans laparotomie. Pronostic de la gastro-hystéropexie. Grossesse et hystéropexie. Indications. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins. *a.* Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés : procédé de Kelly. — *b.* Raccourcissement des ligaments ronds : procédé de Ruggi, G. Wylie, Bode, Polk et Dudley. — Hystérectomie vaginale. — Choix de l'opération.

Anatomie pathologique. Étiologie. — A l'inverse de l'antéflexion, la flexion en arrière date rarement de l'enfance ou de la puberté. Cependant on peut la voir succéder à la métrite virginal; la consti-

Diagnostic.

Traitement.

Anatomie pathologique et étiologie.

pation habituelle et la masturbation en favorisent le développement (Fritsch). Dans l'immense majorité des cas, la rétroflexion succède à une métrite d'origine puerpérale; l'absence d'involution de la face antérieure de l'utérus, causée par l'insertion de débris placentaires, jouerait ici, d'après E. Martin, un rôle analogue à celui que j'ai indiqué pour l'antéflexion. Il faut aussi attribuer une influence con-

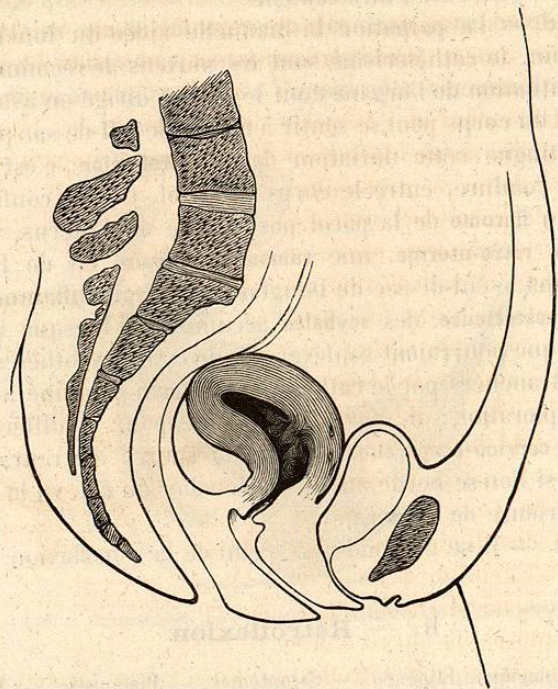


Fig. 251. — Rétroflexion de l'utérus, consécutive à une sub-involution de la paroi antérieure sur laquelle on distingue encore l'insertion du placenta (E. Martin, père).

sidérable au poids de l'organe enflammé, au relâchement des ligaments larges et des ligaments ronds qui cessent d'orienter le corps en avant; tandis que le col reste fixé par les ligaments utéro-sacrés plus résistants, la flaccidité de ces ligaments permet au corps de l'utérus de se couder en arrière au niveau de l'isthme, en obéissant aux lois de la pesanteur et à la pression du paquet intestinal. On peut voir, du reste, la rétroflexion succéder à la simple rétroversion ou même à l'antéversion: il suffit, dans ce dernier cas, que l'angle de flexion soit resté flexible à la manière d'une charnière.

Le col est dirigé en bas et en avant; il est ordinairement assez rapproché de la vulve, car il y a souvent un certain degré d'abaissement. L'orifice du col est entr'ouvert, les lèvres tuméfiées, par suite

de la gêne de la circulation veineuse qui résulte de la coudure des vaisseaux; il ne faut pas oublier, du reste, qu'il s'agit presque toujours de femmes atteintes en même temps de métrite d'origine puerpérale. Le corps de l'organe occupe le cul-de-sac de Douglas.

On a trouvé un amincissement marqué sur l'une ou l'autre de ces parois, en avant (Ruge) ou en arrière (Fritsch).

On a souvent l'occasion de constater des adhérences, les unes périmétriques, produites par des exsudats dans le cul-de-sac de Douglas, les autres paramétriques, siégeant sous la séreuse, au niveau des ligaments utéro-sacrés. Schultze¹ a fait jouer un grand rôle au relâchement et à la perte de tonicité de ces ligaments (ou plis de Douglas) sous l'influence de la paramétrite postérieure post-
puerpérale, dans la production de tous les déplacements utérins. Pour bien comprendre alors la production de la rétroflexion, il faut supposer que, dans une première phase d'inflammation aiguë, ces ligaments conservent toute leur résistance, de manière à fixer encore le col; ce ne serait que plus tard, dans la phase de régression de l'exsudat, que la dénutrition des ligaments amènerait leur flaccidité. Selon que l'isthme a résisté ou fléchi dans la première phase, on aurait alors

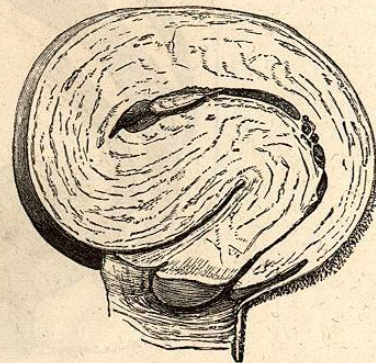


Fig. 252. — Rétroflexion extrême de l'utérus

une rétroversion ou une rétroflexion. En d'autres termes, la version suppose une altération des ligaments; la flexion, une altération des ligaments et du parenchyme utérin tout à la fois.

Les adhérences péritonéales unissant le fond de l'organe au cul-de-sac recto-utérin sont le plus souvent lâches et filamenteuses, se laissant facilement déchirer. D'autres fois, elles présentent une très grande résistance, qu'elles soient funiculaires ou lamellaires.

Les ovaires et les trompes sont souvent entraînés par la déviation utérine, sur les côtés du cul-de-sac de Douglas. Il est probable qu'une partie au moins des phénomènes nerveux réflexes, souvent graves, pouvant aller jusqu'à la paraplégie, qui ont été notés dans certaines rétroflexions, est due aux tiraillements des annexes et non à la compression problématique des nerfs du plexus sacré.

Il y a très souvent coïncidence de salpingite; celle-ci est même de

¹ SCHULTZE. *Loc. cit.*, p. 259.

règle dans les rétroflexions irréductibles, et parfois cette irréductibilité provient bien moins de l'adhérence du corps utérin que de l'accolement des annexes aux parois pelviennes. Des poussées de péri-salpingite sont l'origine de ces adhérences, ainsi que des noyaux indurés douloureux ou indolents, à apparition et disparition rapides, que l'on observe souvent en arrière et sur les côtés du corps rétrofléchi¹.

Symptômes.

Symptômes. — **Syndrome utérin** (étudié dans les métrites), phénomènes nerveux réflexes très accentués, stérilité; tel est, en résumé, le

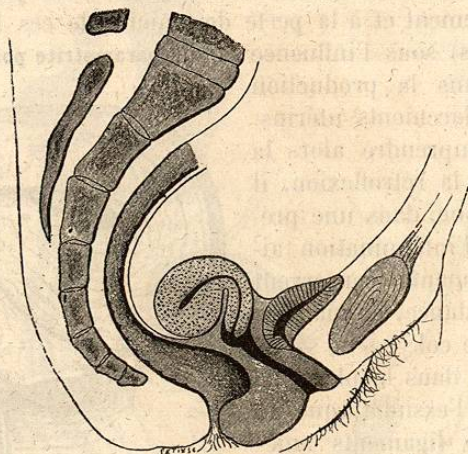


Fig. 255. — Rétroflexion de l'utérus chez une nullipare.
(Le corps est mobile; le museau de tanche a conservé sa situation normale.)

bilan des symptômes rationnels. La constipation, avec ou sans ténisme, présente une opiniâtreté particulière, et Barnes attribue à la coprémie qui en résulte le dépérissement des malades, dont l'origine est beaucoup plus complexe, en réalité.

Il convient d'insister particulièrement sur les troubles nerveux auxquels j'ai déjà fait allusion. Ils se traduisent le plus souvent par une difficulté extrême de la marche, hors de proportion avec ce que produirait une simple fatigue musculaire, et pouvant simuler la paraplégie; on observe des névralgies multiples; une excitabilité hystérique; la toux quinteuse, la dyspepsie, etc. Chrobak² a observé un asthme très intense; Schröder, la chorée³; Kehrer⁴, l'aphonie; Sielski⁵,

¹ U. TRÉLAT. *Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes* (*Semaine méd.*, 4 juill. 1888, p. 261).

² CHROBAK. *Wien. med. Presse*, 1869, n° 1, p. 8, et n° 2, p. 41.

³ SCHRÖDER. *Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 1, p. 1.

⁴ KEHRER. *Beiträge zur klin. und exper. Geb. und Gyn.*, Giessen, 1887, Bd. II, Heft 5.

⁵ SIELSKI. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 695.

l'hystéro-épilepsie; Kiderlen¹, des vomissements incessants; le simple redressement de l'utérus a fait rapidement disparaître ces graves symptômes.

La stérilité est ordinairement la suite d'une rétroflexion. Toutefois la fécondation peut avoir lieu, et alors, ou l'utérus se redresse ou il reste fléchi et s'enclave de plus en plus dans le petit bassin, donnant lieu aux phénomènes graves qui sont étudiés en obstétrique sous le nom de **rétroflexion de l'utérus gravide**². Si l'on a soin de veiller à ce que l'involution de l'utérus se fasse dans de bonnes conditions

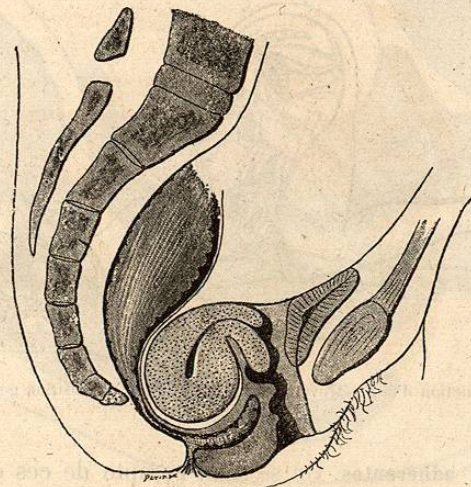


Fig. 254. — Rétroflexion très prononcée de l'utérus.

Compression du rectum dont la lumière est effacée. Hypertrophie du corps utérin. Atrophie de l'angle de flexion. Épaississement de la lèvre postérieure du col; l'antérieure, amincie, se cache dans le cul-de-sac.

après l'accouchement, on peut parfois obtenir ainsi, spontanément, le redressement de l'organe gestateur; la gravidité joue véritablement alors un rôle thérapeutique indéniable, mais qu'on a pourtant exagéré.

Diagnostic. — Le siège de la tumeur dans le cul-de-sac postérieur, facilement reconnue pour être le fond de l'utérus, grâce à la palpation bi-manuelle, l'absence de résistance dans le cul-de-sac antérieur au niveau de l'emplacement normal de l'organe, la possibilité de

Diagnostic.

¹ KIDERLEN. *Soc. obst. et gyn. de Hambourg*, 2 avril 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 81).

² Certains auteurs distinguent aussi la *rétroflexion post-puerpérale*, ou celle qui survient immédiatement après l'accouchement. Elle n'est souvent qu'un des symptômes de la métrite post-puerpérale avec retard d'involution, et disparaît comme elle par un traitement approprié. C'est dans ces cas, en particulier, que l'opération d'Emmet ou l'amputation du col avec ou sans sutures spéciales (Nicoletis) ont pu faire merveille.

sentir l'angle de réunion du col et du corps, tels sont les caractères distinctifs que recherchera le clinicien. Le toucher rectal est ici indispensable. L'exploration avec la sonde lèvera les derniers doutes : on devra lui donner une courbure convenable et abaisser ou, du moins, fixer le col utérin avec des pincés. Je renvoie, du reste, pour plus de détails, au diagnostic, déjà exposé, de la rétroversion.

Il importe de bien spécifier le degré de mobilité de l'utérus, afin de déterminer la nature du traitement. Le professeur Trélat divise, à ce point de vue, les rétroflexions en trois classes : 1° réductibles ;

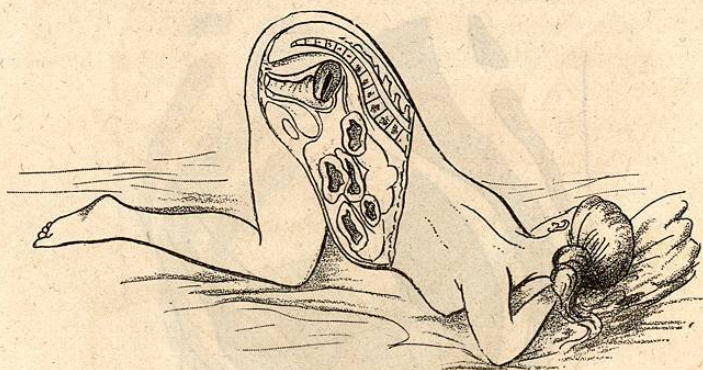


Fig. 255. — Réduction d'une rétroversion de l'utérus par la position genu-pectorale.

2° résistantes ; 3° adhérentes. On se rend compte de ces divers degrés en essayant la réduction, soit par la manœuvre bi-manuelle, soit par la sonde, en appréciant la résistance qu'on rencontre et le degré de permanence de la réduction.

Traitement. — Faut-il préalablement traiter la métrite concomitante ou tout d'abord corriger la déviation ? Les auteurs ont résolu cette question de différentes manières. Je crois qu'il y a tout intérêt à guérir d'abord l'inflammation de l'utérus, et de recourir pour cela au curettage suivi d'injections, et, dans les métrites catarrhale et douloureuse chronique, à l'Amputation du col. Il est assez fréquent de voir des rétroflexions cesser d'être douloureuses après guérison de la métrite-salpingite, et même, un certain degré de réduction spontanée peut, dès lors, avoir lieu par involution de l'utérus. Il est bon, dans ces cas spéciaux, de toujours recourir, avant le curettage, à une dilatation préalable avec la laminaire, ce qui commence déjà à redresser momentanément le canal utérin.

Si la métrite coïncide avec une péri-métrite-salpingite aiguë, on s'efforcera de faire disparaître par un traitement approprié (injections chaudes, bains, applications de tampons glycerinés sur le col.

Traitement.

Trait. de la métrite.

Curettage.

Amputation du col.

de révulsifs sur le ventre). Ce n'est que lorsque tout phénomène inflammatoire aura cessé, que le toucher des culs-de-sac n'éveillera plus de douleur, qu'on devra songer au redressement d'abord, puis

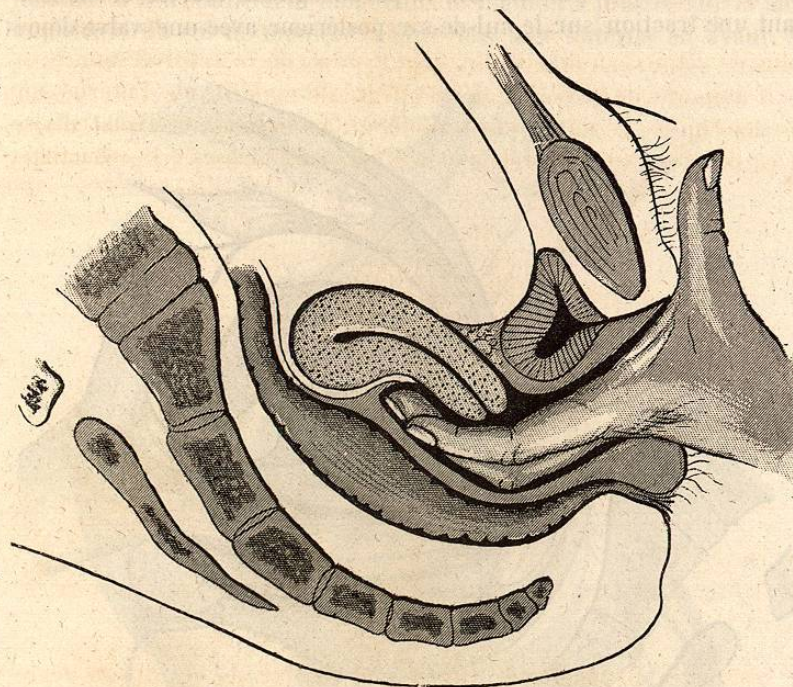


Fig. 256. — Réduction bi-manuelle d'une rétroversion ou rétroflexion.
1^{er} temps : soulèvement de l'utérus.

au maintien de la réduction. La pratique contraire, préconisée par Poulet¹, me paraît très imprudente.

Réduction de la rétroflexion. — On peut provoquer la réduction de la déviation utérine de diverses manières.

1° Réduction par la position genu-pectorale². — Quand la femme se met dans la position genu-pectorale, les jambes un peu écartées, et la fourchette déprimée de façon à permettre l'entrée de l'air dans

Réduction.

Réduction par la position.

¹ POULLET. *De l'intervention intra-utérine, etc.*, lu à la Soc. de méd. de Lyon, 6 fév. 1888. — ROLAND. *Du traitement des rétroversions et rétroflexions utérines adhérentes*. Thèse de Lyon, 1888.

² Les avantages de cette posture paraissent d'abord avoir été mis en relief en Amérique par H.-F. CAMPBELL (d'Augusta, Géorgie), *Pneumatic self-replacement of uterus* (*Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, Boston, 1877, t. I, p. 195) ; en Allemagne, par SOLGER, *Beiträge zur Geb. u. Gyn. der Ges. f. Geb. zu Berlin*, 1875 ; en France, par COURTY, *Comptes rendus de l'Assoc. franc. pour l'avanc. des sciences*. Paris, 1881.

le vagin (fig. 255), les viscères abdominaux tombent vers la concavité du diaphragme et l'utérus en rétroversion ou en rétroflexion mobile reprend sa position naturelle. On peut, du reste, aider à cette réduction en maintenant la paroi vaginale écartée et en exerçant une traction sur le cul-de-sac postérieur avec une valve dépri-

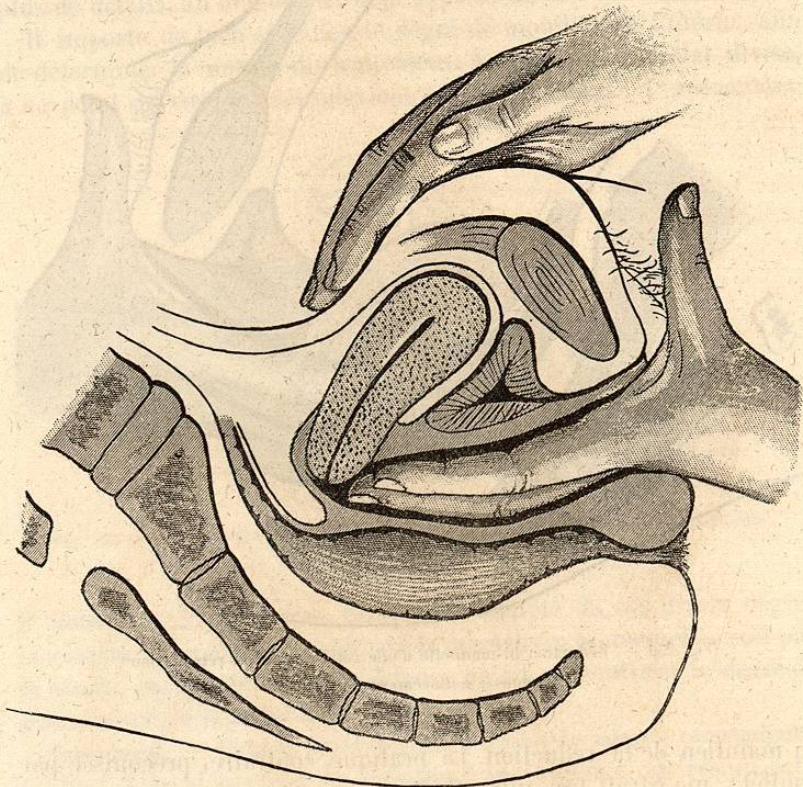


Fig. 257. — Réduction bi-manuelle d'une rétroversion ou rétroflexion.
2^e temps : placement en antéversion de l'utérus réduit.

mant la fourchette. Cette *réposition spontanée aérienne*, comme l'a appelée Courty, constitue une gymnastique précieuse que toute femme peut facilement faire chaque jour, prenant matin et soir, durant quelques instants, l'attitude de la *prière mahométane* (Tarnier¹).

Tarnier recommande aux femmes, quand elles prennent cette posture, de s'introduire dans le vagin un petit spéculum grillagé ou

¹ TARNIER. Préface à la trad. franç., par BAR, du *Traité de gyn. opér.* de HEGAR et KALTENBACH. Paris, 1885.

simplement une canule à injections, afin de faciliter l'accès de l'air et le refoulement de l'utérus. Elisa Mosher¹, qui a, de nouveau, insisté récemment sur le traitement par cette position, engage les malades à introduire leur doigt dans le vagin et à presser sur la face antérieure du col de manière à faire basculer l'utérus en avant. Si

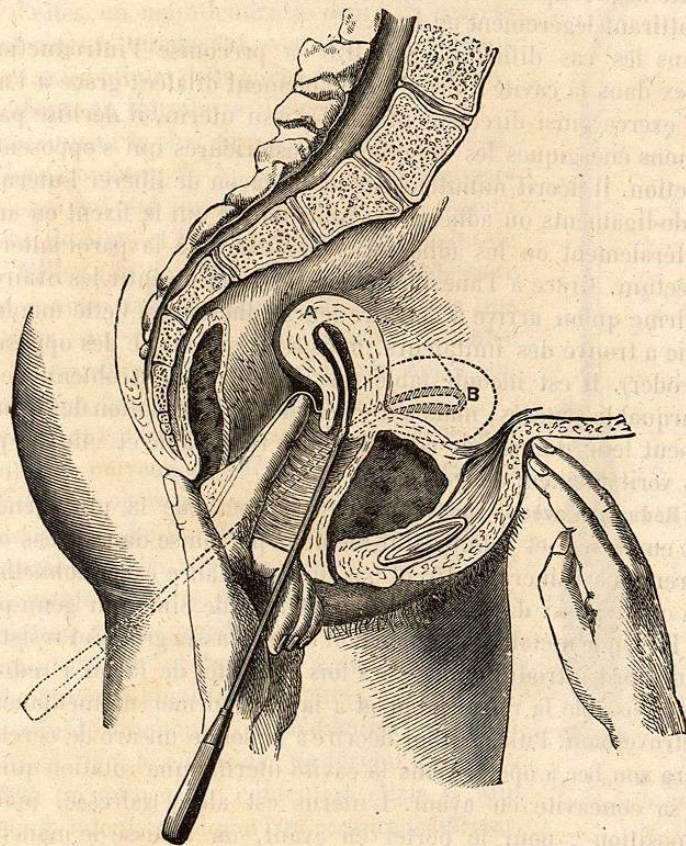


Fig. 258. — Réduction avec la sonde d'une rétroflexion de l'utérus.

cette gymnastique est rarement suffisante par elle-même, elle est, assurément, un précieux auxiliaire pour le traitement des déviations en arrière qui sont de date récente. On doit aussi conseiller aux malades de s'habituer à dormir sur le ventre ou en semi-pronation.

2^o Réduction bi-manuelle. — On fait mettre la malade dans la position latérale de Sims, ou au besoin même dans la position genu-pectorale; on place dans le cul-de-sac postérieur ou dans le rectum

Réduction
bi-manuelle.

¹ ELISA MOSHER. *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1887, p. 4028.