

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

d'appliquer immédiatement un tamponnement vaginal. Mais il est tout aussi indiqué, dans ces conditions, de permettre à la femme de sortir de son lit et de marcher avec toutes les précautions usitées en pareil cas. Le port habituel d'une ceinture abdominale ne peut être qu'utile pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement. On évitera soigneusement la constipation, et on conseillera à la nouvelle accouchée d'uriner toutes les quatre ou cinq heures. La remarque a été faite que les femmes qui nourrissent sont moins sujettes que les autres à la déviation de l'utérus en arrière; c'est une raison de plus pour inciter les jeunes mères à nourrir elles-mêmes leurs enfants.

A toutes les époques, même chez la jeune fille, il y aura lieu d'empêcher la distension vésicale d'exercer son influence néfaste. Les femmes devront donc s'habituer à uriner souvent.

Les endométrites catarrhales des jeunes filles devront être surveillées.

Il semble facile de tracer les grandes lignes du traitement des rétrodéviations. Mais il est plus facile de pratiquer la coeliotomie la plus compliquée que de poser les indications thérapeutiques qui résultent de l'examen d'une femme atteinte de rétrodéviation. Sans doute, il est aisé de dire qu'il faut d'abord appliquer les méthodes les plus simples, sauf à recourir plus tard, en cas d'insuccès, aux opérations; mais, dans ces conditions encore, le traitement ne se présente pas avec un caractère de grande simplicité.

Il est de toute évidence que le traitement de la rétrodéviation mobile ne ressemble pas au traitement de la rétrodéviation adhérente. Dans le premier cas, c'est l'utérus qu'il faut avant tout redresser. L'effort thérapeutique doit viser l'organe rétrodévié. Quand, au contraire, la matrice déviée et fixée dans une attitude vicieuse, au milieu de lésions plus ou moins considérables des annexes, n'entre, pour ainsi dire, pour rien dans la scène symptomatique, le traitement doit avoir en vue la cure des lésions péri-utérines et le redressement de l'utérus n'entre que pour une faible part dans les visées du gynécologue. Mais, à côté de ces faits qui sont aux deux pôles du traitement des déviations, il en est d'autres qui sont intermédiaires. Les utérus rétrodéviés mobilisables peuvent, jusqu'à un certain point, être rangés — au point de vue thérapeutique — dans les rétrodéviations mobiles.

Les lésions péri-utérines légères qui immobilisent l'utérus en position vicieuse sont susceptibles de résorption, ou bien les brides déjà formées peuvent être rompues et l'utérus, libre d'adhérences, peut être traité comme si la culbute de l'utérus en arrière n'avait eu pour cause qu'un défaut de laxité dans les ligaments.

Mais, avant d'appliquer le traitement de l'utérus mobile à un utérus faiblement adhérent, il est bon de détruire les adhérences par des séances de massage, de traiter l'inflammation péri-utérine si elle

existe encore, et de s'assurer que les lésions inflammatoires, peu considérables, n'ont pas de tendance à se réveiller.

On peut, dans des cas rares, mobiliser un utérus rétrodévié et adhérent, le remettre en bonne situation soit par la reposition bi-manuelle, soit à l'aide d'une sonde et mettre, par exemple, un pessaire qui, laissé longtemps en place, amènera à la longue une guérison durable. Mais c'est là une exception et il faut ajouter que ces tentatives thérapeutiques ne doivent être essayées que sur des utérus reliés aux parties voisines par des liens filamenteux peu résistants et, dans tous les cas, nettement mobilisables par le procédé de Schultze ou par le redressement progressif à l'hystéromètre.

Enfin, il est bon d'ajouter que certaines rétrodéviations n'exigent aucun traitement. Ce sont ces déviations que l'on rencontre chez des femmes d'un certain âge et qui n'entraînent aucun trouble. Au contraire, la culbute en arrière de l'utérus chez une femme jeune, même en l'absence de toute réaction, doit être l'objet de la sollicitude du gynécologue.

Traitement de la rétrodéviation mobile. — Moyens de douceur.
— La base du traitement de la rétrodéviation est la mise en situation normale de l'utérus et son maintien par un moyen de contention

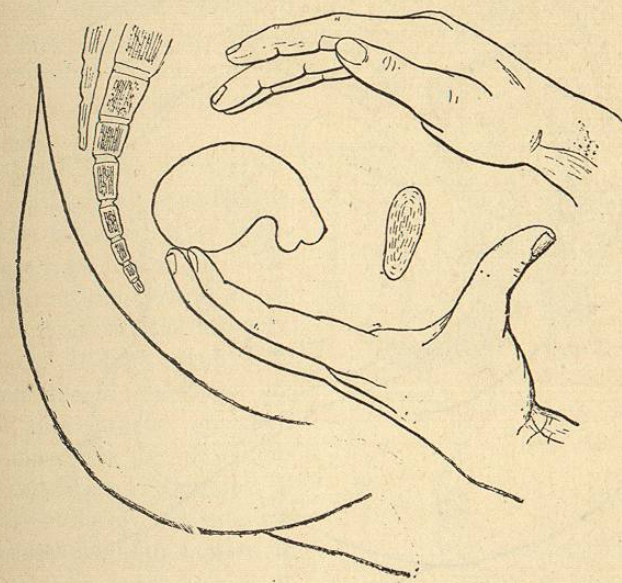


Fig. 56. — Réduction manuelle de la rétrodéviation mobile. — Procédé de Schultze : premier temps.

approprié. Tout traitement, même chirurgical, qui négligerait de redresser la matrice, serait frappé de stérilité; l'amélioration obtenue ne pourrait être que temporaire, car l'opérateur aurait omis de répondre à une des indications capitales de la thérapeutique des

rétrodéviation. Il est, en effet, aussi essentiel d'obtenir tout d'abord la reposition de l'utérus, dans le traitement de la rétroversion et de la rétroflexion, qu'il est indispensable de réduire une luxation avant d'immobiliser la jointure. Aussi ne peut-on pas s'étonner que les pessaires les mieux conditionnés n'aient donné que si peu de résultats à certains praticiens.

La raison de la plupart des succès accusés par certains gynécologues qui ont employé inconsidérément les pessaires s'explique par ce fait qu'ils ont placé ces instruments sans avoir ramené complètement l'utérus en situation physiologique.

MANŒUVRE DE SCHULTZE. — La réduction de l'utérus rétrodévié et mobile est une manœuvre qui ne se fait pas toujours aisément.

La malade est mise dans la position ordinaire pour l'examen des organes génitaux. Avec les doigts introduits dans le vagin, on commence par refouler le corps de l'utérus par en haut. A cet effet, l'index et le médius portés dans le cul-de-sac postérieur du vagin repoussent le corps utérin qui est quelquefois comme encasté et immobilisé dans le Douglas, alors même qu'il n'y a aucune adhérence (fig. 56 et 57).

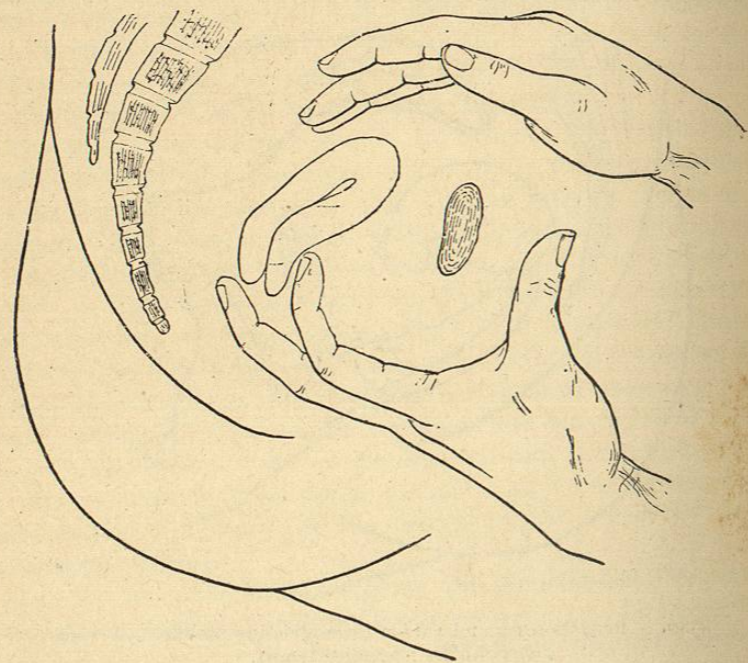


Fig. 57. — Réduction manuelle de la rétrodéviation mobile. — Procédé de Schultze : deuxième temps.

Ces manœuvres doivent être faites avec lenteur et avec douceur, de façon à ne pas éveiller la susceptibilité douloureuse de la

patient. Dès que l'utérus est repoussé à une certaine hauteur, on complète la réduction en refoulant, par en haut toujours, la face postérieure de l'utérus avec le médius porté de plus en plus profondément dans le vagin, en même temps que l'index placé sur la lèvre antérieure du col, aussi haut que possible, imprime à l'utérus un mouvement d'avant en arrière qui vient en aide à l'action de redressement exercée par le médius. Tandis que le médius, appliqué directement sur la face postérieure de l'utérus, fait sortir la matrice de la cavité de Douglas et la reporte en haut et en avant, l'index, appuyé sur la partie antérieure du col, obéissant à un mouvement d'avant en arrière et de bas en haut, synergique du précédent et agissant sur l'utérus comme sur un levier, tend à redresser l'axe de l'utérus et à porter le fond en avant.

Grâce à ces mouvements, l'utérus se redresse dans une certaine mesure; c'est alors que la main placée sur la paroi abdominale va à la recherche du fond de l'utérus, passe derrière la matrice pour l'accrocher et la ramener complètement en avant.

Quand l'utérus est mobile, il n'est pas nécessaire de soumettre la patiente à l'anesthésie chirurgicale. Il se peut que l'on ne réussisse pas du premier coup à remettre l'organe en situation normale. Alors il faut renvoyer la malade et la soumettre quelques jours plus tard à une nouvelle tentative de réduction.

REPOSITION AVEC L'HYSTÉROMÈTRE. — Il se peut que l'on ne parvienne pas à redresser l'utérus par la réduction bi-manuelle (fig. 58), surtout quand on n'a pas une grande habitude de cette manœuvre. Il faut savoir, par exemple, que la reposition est rendue plus difficile quand il existe une sorte d'enclavement de l'utérus dans le Douglas. Il s'établit une sorte d'adhésion entre le péritoine qui tapisse le Douglas et le corps utérin, de telle sorte que l'on a la sensation d'une résistance due à des adhérences qui font défaut. En outre,

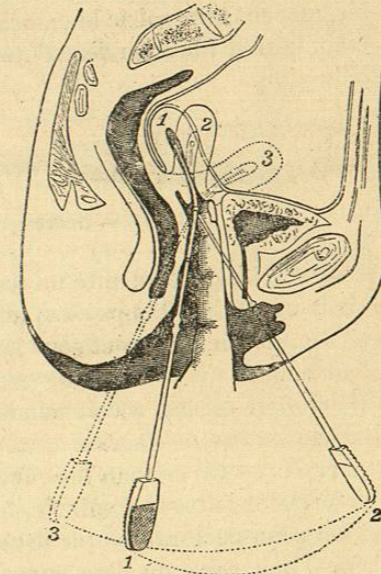


Fig. 58. — L'utérus est remis en place au moyen de la sonde; 1, 2, 3, positions successives de la sonde et de l'utérus (Hart et Barbour).

quand la charnière utérine, au niveau de l'isthme, permet des mouvements étendus du corps sur le col, quand les parois sont minces, flexibles et peu résistantes, dans la portion intermédiaire au corps et

au col, le redressement utérin par la réduction manuelle ne s'exécute pas avec aisance.

RÉDUCTION INSTRUMENTALE. — On est alors dans l'obligation d'avoir recours à la réduction de l'utérus avec des instruments divers.

Un hystéromètre à bout un peu volumineux et légèrement courbe peut être utile à la reposition. La sonde, sa concavité dirigée en arrière, est introduite dans l'utérus, après que l'on a pris les précautions antiseptiques habituelles, sur l'extrémité de l'index placée contre l'orifice externe de l'utérus. On lui fait décrire une grande courbe, de façon à ramener en avant le manche qui est en arrière et à faire regarder en avant la concavité de l'instrument. Jusqu'à ce moment, l'utérus n'a pas changé de position. L'index est mis en arrière de l'hystéromètre, au-dessous de l'orifice externe du col. L'autre main saisit le manche de l'instrument et le porte progressivement en bas et en arrière, en même temps que l'on déprime le périnée pour faciliter la manœuvre. Le fond de la matrice se dégage du Douglas et on peut ramener l'utérus en situation normale. Il est bien entendu que cette réduction instrumentale doit s'exécuter avec douceur et que l'on doit redouter la perforation de la matrice par une pression trop brutale. Dès que le fond est arrivé à une certaine distance du pubis, on peut faire saisir le manche de la sonde par un aide et passer la main laissée libre derrière l'utérus, pour maintenir ou compléter la réduction.



Fig. 59. — Redresseur utérin de Trélat.

Trélat avait fait construire un redresseur (fig. 59) qui a été en usage pendant un certain temps dans les hôpitaux de Paris. La réduction s'exécutait le plus souvent sous le chloroforme. Mais l'action de cet instrument est un peu brutale et aveugle et, somme toute, l'usage du redresseur est peu recommandable dans la généralité des cas.

REPOSITION PAR LA POSITION GÉNU-PECTORALE ET LA TRACTION A L'AIDE D'UNE PINCE. — On connaît les effets de la pression atmosphérique et de la pression intra-abdominale, quand la femme est mise dans la position génu-pectorale et que le vagin est maintenu largement béant à l'aide d'une valve ou d'un appareil quelconque. On a appliqué la connaissance de ces faits à la cure des rétrodéviations mobiles. Pour faciliter la reposition dans ces conditions, certains opérateurs saisissent avec une pince la lèvre antérieure de l'utérus et l'attirent par en haut, en même temps que le doigt glissé dans le rectum repousse par en bas la face postérieure de la matrice. Ce procédé est loin d'être supérieur à la reposition bi-manuelle.

Cependant on peut se servir avec avantage de la position génu-

pectorale et de l'écartement des parois vaginales dans le traitement des rétrodéviations. Après la réduction de l'utérus, on peut recommander à la malade de se mettre dans cette posture pendant un certain temps chaque jour en maintenant la béance de la vulve et du vagin avec un spéculum. C'est un moyen adjuvant qui n'est pas sans utilité.

MAINTIEN DE L'UTÉRUS EN BONNE SITUATION. — Quel que soit le procédé que l'on a employé pour réduire l'utérus dévié, il faut toujours le maintenir en position normale. Sans doute, on n'arrive pas toujours d'emblée à obtenir la réduction totale, complète et définitive d'un utérus culbuté en arrière. On pourra néanmoins essayer de placer un pessaire, même dans ces conditions, mais sous la réserve de compléter la réduction et de chercher le pessaire qui remplit les indications.

Les pessaires dont on se sert dans le traitement de la rétrodéviations sont extrêmement nombreux. Les plus employés sont les pessaires en anneau dits de Dumontpallier. Ils n'ont qu'une valeur très relative. Les pessaires de Gaillard-Thomas, d'Albert Smith, de Schultze sont meilleurs. Celui qui donne les résultats les plus satisfaisants est le pessaire de Hodge à grande et haute courbure postérieure (fig. 60).

Pour l'introduire, on fait maintenir l'utérus réduit par un aide. Avec les doigts de la main gauche, on déprime fortement le périnée. Le pessaire, présenté obliquement dans le sens du grand axe vulvaire, est introduit de telle sorte que la concavité de l'instrument puisse regarder en avant, quand le pessaire sera en place. En outre, il faut savoir que la grande courbure du pessaire est faite pour être placée dans le cul-de-sac postérieur et que la partie la plus étroite doit s'appliquer sur la paroi vaginale antérieure. Le col doit se trouver au milieu de l'ouverture. Avec deux doigts, on glisse jusqu'à une certaine profondeur le pessaire. Quand la branche postérieure arrive au col, il y a un moment d'arrêt. C'est alors que l'index et le médius introduits dans le vagin saisissent la branche postérieure, redressent l'instrument dont les deux branches labiales deviennent horizontales et font passer le dossier au-dessous du col, dans le cul-de-sac postérieur.

Mais il est rare, même quand on a l'habitude de placer ces instruments, de pouvoir choisir du premier coup le pessaire qui doit remplir les conditions voulues. Il ne doit être ni trop long, ni trop large, sans cela il serait la cause de troubles divers et, en particulier, de douleurs. Il ne sera pas non plus trop étroit ni trop court : il n'aurait aucun point d'appui fixe et n'aurait pas une action utile sur l'utérus. Il faut donc, par des tâtonnements, trouver le pessaire approprié qui

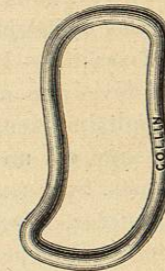


Fig. 60. — Pessaire-levier, genre Hodge (modèle de Smith).

maintient bien la matrice, sans dilater avec excès les parties molles et sans occasionner de souffrances.

Non seulement, on doit le bien choisir, mais il devra être laissé en place longtemps : cinq, six mois et même un an. Il suffit de recommander aux malades l'usage d'injections quotidiennes et de retirer l'instrument tous les deux mois pour en assurer la propreté en même temps que pour contrôler le résultat obtenu.

Mais il faut savoir que le pessaire n'est pas toujours indiqué. Quand les parois vaginales sont très prolabées, le périnée déchiré, la vulve béante, le pessaire ne trouve pas de point d'appui et ne peut rester dans une bonne position. Son action est nulle.

TIGES INTRA-UTÉRINES. — Quant aux tiges intra-utérines appliquées à la cure des déviations en arrière, elles ne sont pas recommandables.

COLUMNISATION DU VAGIN. — L'utérus est-il réduit, on peut le maintenir, à défaut de pessaire, par la columnisation ou tamponnement méthodique du vagin. Mais ce procédé, excellent pour obtenir la décongestion des organes contenus dans le petit bassin et la résorption des exsudats, ne peut être considéré comme un moyen de contention de l'utérus.

ÉLECTRICITÉ. — A titre de méthode adjuvante, l'électricité peut être employée. Mais il serait puéril de se contenter des différentes applications de l'électricité pour assurer la guérison d'une rétrodéviatio.

MASSAGE. — Le massage produit de bons effets dans le traitement des déviations mobiles de l'utérus en arrière. La méthode de Thure-Brandt judicieusement appliquée produit d'excellents résultats. Le massage est un bon adjuvant, mais c'est une arme dangereuse à manier. Si les manœuvres portent sur des lésions non éteintes ou suppurées, il peut se produire à l'improviste de redoutables catastrophes. Il ne peut être substitué au pessaire, mais il peut être associé à la méthode de réduction et de fixation qui a été exposée plus haut.

Quel que soit le procédé employé pour obtenir la reposition utérine, il est remarquable de constater les effets produits par le maintien de l'utérus en antéversion-flexion ou dans une position approchante. L'utérus se décongestionne rapidement. Les sécrétions diminuent et les phénomènes de gêne disparaissent. C'est à ce point que la malade qui porte un pessaire ne peut guère s'en passer dans les premiers temps. Si par hasard la culbuté en arrière de l'utérus vient à se reproduire, la patiente s'en aperçoit et vient demander au chirurgien de rectifier la position de son utérus.

TRAITEMENT MÉTRITIQUE. — Dans certains cas, la métrite persiste, malgré le soulagement apporté par la réduction et le pessaire. Il y a lieu alors de soumettre l'utérus aux différents traitements susceptibles de faire disparaître l'inflammation de la muqueuse utérine.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — On ne peut oublier que la rétrodéviatio s'observe chez des femmes qui sont des neurasthéniques, des arthri-

tiques et des anémiques. Il y a lieu de bien se rendre compte des ptoses viscérales (néphroptose, entéroptose, etc.) qui se trouvent associées à la rétrodéviatio qui est aussi souvent accompagnée d'un certain degré de prolapsus. Le traitement médical de l'entéroptose trouve ici son application, en même temps que l'on mettra à la malade un pessaire et une ceinture abdominale appropriée. La cure hydro-minérale aura ici ses indications.

Méthodes sanglantes. — Le nombre des méthodes et des procédés opératoires qui ont été imaginés pour remédier à la rétrodéviatio est véritablement considérable. Ces tentatives successives sont la démonstration la plus évidente de la difficulté que les chirurgiens rencontrent dans la cure des déviations en arrière.

On s'est adressé à tous les ligaments qui sont susceptibles de maintenir l'utérus en bonne situation. Ces raccourcissements et fixations ligamentaires forment tout d'abord un groupe important. On a essayé de fixer l'utérus directement, soit à la paroi vaginale, soit à la paroi abdominale. Enfin on a tenté, par la voie haute et par la voie basse, de modifier la forme de l'utérus, de diminuer la longueur de la paroi antérieure de l'utérus en enlevant une tranche horizontale du tissu musculaire de l'organe et en rapprochant les deux lèvres de l'incision.

Nous décrirons successivement les opérations qui portent sur les ligaments, celles qui ont pour but de fixer l'utérus et celles qui agissent directement sur la face antérieure de l'utérus.

1° *Opérations sur les ligaments ronds.* — *Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par cœliotomie.* — Polk (1887) eut l'idée de pratiquer le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. C'est Wylie (1889) qui exécuta l'opération le premier en 1886, avant la publication de son mémoire. Différentes modifications ont été apportées à cette opération par Dudley, Ruggi et M. D. Mann.

Wylie saisit chaque ligament rond au milieu de son trajet avec une pince hémostatique et l'attire dans la plaie abdominale. Il existe ainsi une anse coudée que l'on doit accoler à elle-même de manière à obtenir le raccourcissement du ligament rond. La face concave de cette anse est avivée. Il suffit d'appliquer sur ce pli trois ou quatre sutures pour le fixer. Ces sutures traversent les deux portions ligamenteuses accolées. On répète la même manœuvre de l'autre côté. On obtient ainsi le raccourcissement des ligaments ronds dans la mesure que l'on désire et qui est en rapport avec le degré de la rétrodéviatio.

Ruggi attire le ligament rond, saisi en son milieu, pour former une anse dont la concavité regarde en bas, suture avec du catgut d'abord les deux points extrêmes du ligament rond et fait un double surjet qui part de l'utérus, va vers la pince qui a saisi le ligament et revient vers la matrice.