

précédemment. Avec un peu d'efforts, l'utérus se laisse réduire, mais, dès qu'on l'abandonne, il revient à sa position première. En se réduisant, il entraîne le rectum, et quelquefois on peut constater cet entraînement de la paroi antérieure du rectum en pratiquant le toucher rectal. Les manœuvres de réduction, qui sont nécessaires pour un diagnostic complet, faisant aussi partie du traitement, je les décrirai plus tard.

Traitement. — Il n'est pas de sujet qui ait autant exercé l'imagination des gynécologues que le traitement des rétrodéviations de l'utérus.

Lorsque, avec une rétrodéviations, il existe des signes manifestes de métrite, il faut commencer par traiter cette dernière; ce n'est que lorsque tout phénomène inflammatoire aura disparu, lorsque l'utérus ne sera plus douloureux, qu'on pourra commencer le traitement de la rétroversion ou flexion. Quand les douleurs spontanées persistent après la guérison de la métrite, il va sans dire qu'il faut traiter la rétroversion. Mais le cas peut paraître plus embarrassant quand les douleurs disparaissent. Voici, je crois, la ligne de conduite qu'il

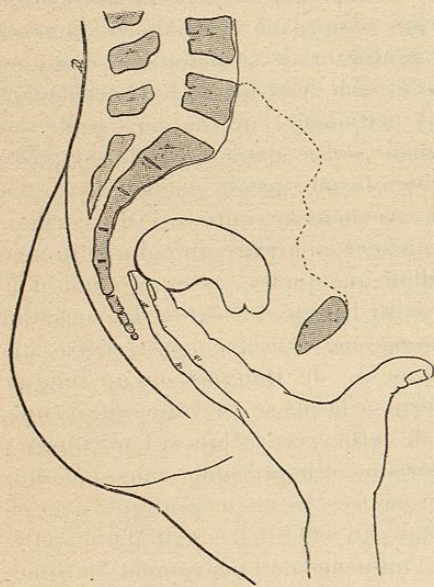


FIG. 50. — Rétroversion. — Premier temps de la réduction bimanuelle. (D'après Schultze.)

convient de suivre dans ces cas. Si la rétrodéviations est facilement réductible, il ne faut pas la considérer comme une affection insignifiante et l'abandonner à elle-même, car une rétroversion réductible est à peu près fatalement condamnée à s'aggraver. Comme l'a dit Trélat, elle tend à contracter des adhérences; elle a de grandes chances pour redevenir douloureuse, et alors le traitement sera à la fois beaucoup plus difficile et beaucoup plus dangereux. Comme on peut traiter les rétrodéviations réductibles sans faire courir le moindre risque à la malade, il faudra avoir recours sans hésiter à ce traitement. Mais s'il s'agit d'une rétrodéviations irréductible, comme, d'une part, elle ne peut plus guère s'aggraver et que, d'autre part, tous les moyens de traitement qu'on peut lui opposer ont une certaine gravité, on n'est autorisé

à agir que sous la pression de symptômes sérieux; si les douleurs ont disparu, il faut attendre. Mais il est exceptionnel qu'elles disparaissent. Les rétroversions adhérentes s'accompagnent presque toujours, sinon toujours, de lésions des annexes. C'est la périannexite qui détermine les adhérences: aussi les douleurs ne disparaissent guère, ou si elles disparaissent, c'est d'une manière transitoire, si bien qu'on est presque toujours conduit à traiter les rétroversions adhérentes.

Quand une rétroversion n'est pas adhérente, il est facile de la réduire. On a proposé de faire la réduction en quelque sorte automatique en plaçant la malade dans la position genu-pectorale. Solger⁽¹⁾ a conseillé, en outre, de

(1) SOLGER, *Beitr. z. geb. med. Gynaek. der Gesellsch. für Geb. zu Berlin*, 1875.

déprimer fortement le périnée et la paroi vaginale postérieure au moyen d'un spéculum univalve. Il déclare que, grâce à la pression de l'air, qui fait irruption dans le vagin, l'utérus se réduit spontanément. Aussi Courty a-t-il donné à cette méthode le nom de *réposition spontanée aérienne*. Le rôle de l'air est là-dedans fort problématique et il est très probable, comme le dit A. Martin, que la réduction est le résultat de la traction en arrière exercée sur le col par le spéculum.

Les deux grands procédés de réduction qu'on emploie sont la réduction bimanuelle et la réduction par la sonde.

Pour faire la réduction bimanuelle, on procède de la manière suivante: deux doigts sont introduits dans le vagin jusque sous la face postérieure de l'utérus (fig. 50). Avec ces doigts, on cherche à soulever le corps de

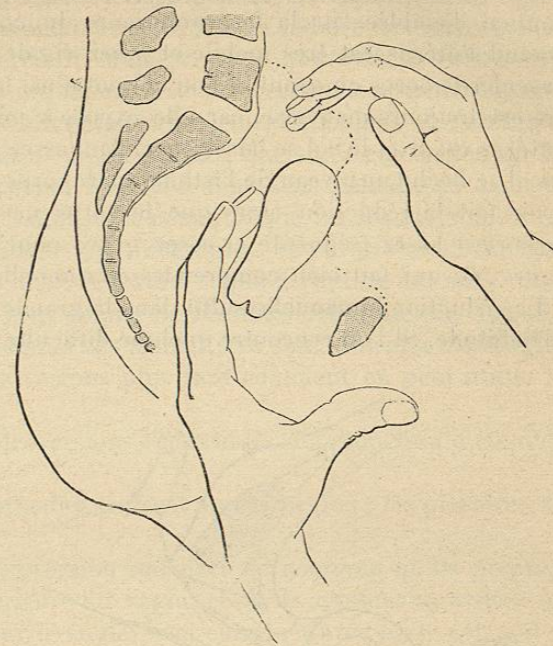


FIG. 51. — Second temps de la réduction. (D'après Schultze.)

l'utérus et à lui faire décrire une courbe qui le rapproche de la paroi abdominale antérieure. L'autre main déprime profondément cette paroi non pas au-dessus du pubis, mais haut, à mi-chemin au moins entre le pubis et l'ombilic, et cherche à accrocher le fond de l'utérus en passant en arrière (fig. 51). A ce moment, les doigts vaginaux abandonnent la face postérieure de l'utérus et sont rapidement ramenés en avant du col, qu'ils vont maintenant repousser en arrière (fig. 52). Le corps bascule et, poussé par la main abdominale qui agit sur sa

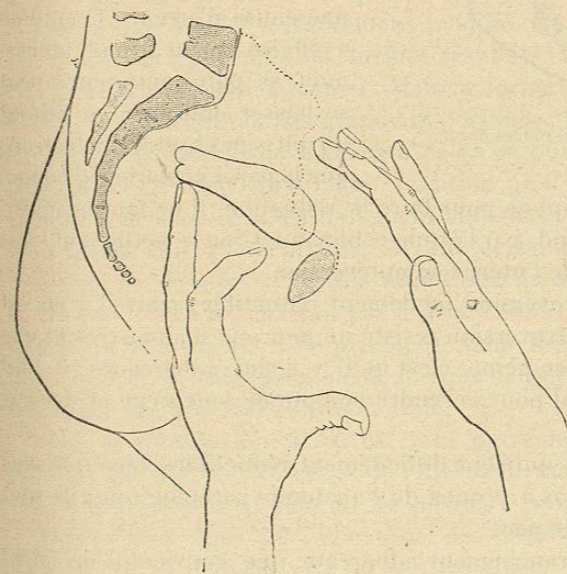


FIG. 52. — Troisième temps de la réduction. (D'après Schultze.)

face postérieure, vient se placer en antéversion forcée. On peut alors saisir le corps entre les deux mains. Ces manœuvres sont assez complexes et demandent

une certaine habitude, mais elles ne sont pas difficiles. Cependant on les fait souvent mal. La faute la plus fréquemment commise consiste à placer le doigt vaginal d'emblée sur la face antérieure du col pour le repousser en arrière. Quand l'utérus est très mobile et assez rigide, cela suffit quelquefois à faire basculer le corps en avant et l'on obtient ainsi la réduction. Mais cette manœuvre est toujours mauvaise, car elle expose à une erreur grave. Si le corps de l'utérus est fixé, le col se laisse cependant assez facilement repousser en arrière, car il se fléchit au niveau de l'isthme sur le corps qui reste immobile : et l'on croit avoir fait la réduction alors que le corps de l'utérus n'a pas bougé. Cette erreur est assez fréquente et assez grave pour que j'aie cru devoir donner la figure 55, qui fait bien comprendre en quoi elle consiste.

La réduction bimanuelle suffit dans la grande majorité des cas, quand on en a l'habitude. Si l'on rencontre quelque difficulté, on peut faire la réduction avec

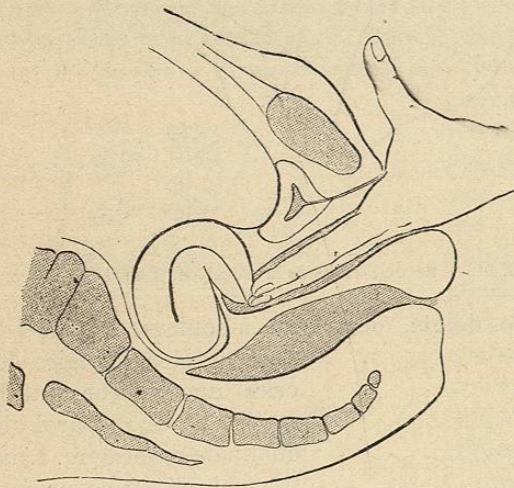


FIG. 55. — Fausse manœuvre de réduction.

la sonde. On a imaginé pour cela des instruments spéciaux (Sims, Müller, Trélat). Tous ces instruments peuvent être commodes, mais ils ne sont pas indispensables. Un hystéromètre suffit pourvu que sa tige ne soit pas trop mince, ce qui exposerait à blesser l'utérus. Les manœuvres de réduction avec la sonde sont si simples qu'il est inutile de les décrire. Il y a cependant une cause d'erreur. Quand on a affaire à un grand utérus, mou, sa paroi antérieure peut se laisser entraîner en faisant un pli sur l'hystéromètre sans que la paroi postérieure bouge.

Aussi quelque moyen qu'on emploie pour faire la réduction, il ne faut la considérer comme certaine que quand, par l'examen bimanuel, on a nettement saisi entre ses deux mains le corps de l'utérus en antéversion.

J'ai supposé jusqu'ici la rétroversion facilement réductible; mais il n'en est pas toujours ainsi. Quand la rétroversion résiste un peu aux manœuvres et que la réduction ne s'obtient qu'avec peine, c'est qu'il y a des adhérences; il faut alors pratiquer le toucher rectal pour se rendre compte de leur siège et de leur étendue.

Il y a aussi des rétroflexions, qui sont difficilement réductibles, bien que sans adhérences. J'ai parlé de ces cas à propos de l'anatomie pathologique; ils sont fort embarrassants pour le traitement.

Quand la rétroversion est franchement adhérente, que convient-il de faire? Schultze cherche à rompre les adhérences par de véritables manœuvres de force faites sous le chloroforme, soit avec une sonde, soit avec le doigt introduit dans l'utérus. Thure-Brandt emploie sa méthode de massage. Poulet commence par dilater l'utérus largement; il maintient la dilatation pendant plusieurs jours et fait des injections intra-utérines de glycérine créosotée. Par ce moyen on

ramollit l'utérus; il pense qu'on ramollit aussi les adhérences. Puis on tente des manœuvres de réduction avec la sonde en déployant au besoin une grande force. Il est certain qu'on peut par ces manœuvres violentes réduire des rétroversions adhérentes : j'en ai moi-même réduit. Mais je pense que cela ne sert à rien; car on ne peut pas maintenir la réduction. Les adhérences se reforment si elles étaient rompues, se rétractent si elles étaient seulement allongées et l'utérus se replace en position vicieuse. Zeiss⁽¹⁾ nous dit bien que sur 2 cas traités par les manœuvres de Schultze, il a obtenu 2 succès dont l'un constaté au bout de trois ans. Skutsch⁽²⁾, élève de Schultze, a communiqué les résultats de la clinique d'Iéna. Sur 205 cas de rétroversions adhérentes, on aurait obtenu 182 bons résultats. Malgré cela, je pense, avec Schwarz⁽³⁾, que la rupture des adhérences par la méthode de Schultze ne peut donner de résultats définitifs que dans des cas tout à fait exceptionnels. Comme ces manœuvres sont violentes et aveugles, il vaut mieux y renoncer. Nous verrons plus tard comment on peut traiter les rétroversions adhérentes.

Je reviens maintenant aux rétroversions réductibles. La réduction a été obtenue; il s'agit de la maintenir.

Pour cela deux grandes méthodes s'offrent au chirurgien : les pessaires, les opérations sanglantes.

Les pessaires vaginaux à rétroversion ont ceci de commun qu'ils prennent point d'appui sur la partie antérieure du vagin, et qu'ils agissent en arrière soit sur le cul-de-sac postérieur pour le soulever et entraîner avec lui le col, soit en même temps sur le cul-de-sac postérieur et sur la face antérieure du col pour le repousser directement en arrière. Les variétés en sont innombrables. Les plus usités sont le pessaire de Hodge, le pessaire en 8 de chiffre de Schultze, dont le pessaire de Fritsch n'est qu'une modification, le pessaire en traîneau de Schultze, que Vuillet a légèrement modifié. On peut avec ces différents pessaires obtenir à peu près les mêmes résultats. Le modèle de Hodge est peut-être le plus commode à manier. Mais la forme qu'a un pessaire au moment où le livre le fabricant n'a pas grande importance; la grosse affaire c'est qu'il soit en matière malléable de manière à ce qu'on puisse le modeler pour chaque cas particulier. Ce n'est qu'à cette condition qu'il pourrait être utile; mais cette condition nécessaire n'est nullement suffisante. Il faut encore pour qu'un pessaire puisse agir que le périnée ait une certaine résistance. Il serait beaucoup trop long de donner les détails minutieux qu'exige l'application des pessaires et, du reste, cela ne servirait pas à grand'chose, car c'est plus une affaire d'habitude qu'une question de principes. Mais il est hors de doute qu'un pessaire bien modelé et bien placé peut, lorsque le périnée est suffisamment résistant, maintenir une rétroversion réductible.

Pour la rétroflexion, il en est tout autrement. Les pessaires vaginaux ne peuvent pas agir sur le corps de l'utérus de manière à modifier sa position par rapport au col. J'en ai déjà dit les raisons à propos de l'antéflexion.

Quelles sont donc les indications des pessaires dans les rétroversions? Tout d'abord, ils ne peuvent agir qu'à la condition que le périnée ait une certaine résistance. Aussi, lorsqu'il existe une déchirure ancienne, il faut la réparer.

⁽¹⁾ ZEISS, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 50, p. 825.

⁽²⁾ SKUTSCH, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 24, p. 591.

⁽³⁾ SCHWARZ, Congrès de Halle, mai 1888.

longitudinale antéro-postérieure. Ils traversent l'utérus près du fond et le lambeau vaginal antérieur moins la muqueuse; ils sont donc tout entiers dans l'aire cruentée. Ces fils noués, on retire les fils abaisseurs et on ferme la plaie vaginale par un surjet.

Le Dentu et Pichevin ont modifié ces procédés de la manière suivante. Ils font l'incision longitudinale comme Mackenrodt, puis ils ouvrent le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin pour bien exposer la face antérieure de l'utérus. Des fils abaisseurs sont placés pour attirer l'utérus dans la plaie vaginale; puis les fils fixateurs sont passés à la manière de Mackenrodt.

J'arrive maintenant à une opération d'un genre tout différent, qui a été imaginée par Alquié en 1840, et pratiquée presque simultanément par Alexander et Adam en 1885: c'est le raccourcissement des ligaments ronds. Chacun sait que l'opération consiste à chercher l'extrémité de ces ligaments au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, à les disséquer en les attirant au dehors sur une étendue de 7, 8, 10 centimètres, et à les fixer dans cette nouvelle position. Je n'insiste pas sur les diverses manières d'obtenir cette fixation.

Cette opération a été l'objet de très vives contestations. En Amérique elle a de nombreux partisans; en Allemagne elle en a très peu. En France les chirurgiens sont divisés. Elle a été très énergiquement défendue par Duplay, Trélat, Doléris, Schwartz et Terrillon. Je crois cette opération excellente, et les reproches qu'on lui a faits injustifiés.

Tout d'abord elle est absolument bénigne. Si au début on a pu avoir quelques cas de mort (Alexander en a signalé 5), il n'en est plus de même aujourd'hui. Dans une petite statistique où j'avais réuni, en 1889, 215 cas, il n'y a pas une seule mort. Il ne faut donc pas s'occuper de ce qu'on avait signalé autrefois comme un accident redoutable: la possibilité de déchirer le péritoine, entraîné par le ligament.

On a reproché à cette opération d'être incertaine, sous prétexte qu'on ne trouve pas toujours le ligament rond, ou qu'on le casse après l'avoir trouvé (*). Ce reproche n'est peut-être pas justifié. Comme je ne sais pas qu'on ait signalé anatomiquement un seul cas d'absence des ligaments ronds, si on ne les trouve pas, c'est qu'on ne les cherche pas bien. Quand on incise franchement la paroi antérieure du canal inguinal pour les chercher un peu haut, avant leur éparpillement, on les trouve avec facilité.

Quelques chirurgiens ont cassé les ligaments. Je pense que dans un certain nombre de cas, souvent peut-être, cet accident peut être attribué à une insuffisance du diagnostic. On avait cru réductible une rétroversion qui ne l'était pas. Il en a été au moins ainsi dans un cas que j'ai observé. J'ai vu un ligament rond casser entre les mains d'un chirurgien habile. Quelques jours après, j'ai pu constater et faire constater que l'utérus était complètement adhérent. En effet, quand l'utérus est mobile et réduit, les ligaments viennent avec une extrême facilité, presque sans traction. On ne voit guère comment on pourrait les casser, car ces ligaments sont assez résistants. J'ai mesuré cette résistance sur 10 ligaments ronds (5 malades) immédiatement après les opérations. Le plus faible a supporté un poids de 2 kilogrammes. Cette résistance montre que les ligaments sont, au point de vue mécanique, bien plus que suffisants pour maintenir l'utérus, et, en effet, l'opération est réellement efficace. Sur les 215 cas

(*) DOLÉRIS, *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, passim.

que j'ai réunis, il n'y a qu'un seul insuccès signalé. Dans tous les autres l'utérus a été maintenu réduit. La guérison a été constatée 1 fois au bout de 2 mois; dans 181 cas, au bout de 4 à 12 mois, 1 fois au bout de 1 an et 5 mois, 14 fois après 2 ans ou davantage. Dans les 15 autres cas il s'agit seulement de résultats immédiats.

On a reproché encore à cette opération de n'être pas physiologique; c'est là un reproche de peu d'importance, car les autres opérations qu'on oppose à la rétroversion le sont encore bien moins; il n'est pas de reproche d'ailleurs qui soit moins justifié. Si l'on veut bien se reporter à l'expérience de Spiegelberg que j'ai signalée au début de ce chapitre, on verra que les ligaments ronds jouent un rôle actif dans le maintien de l'utérus en position normale. En effet, le raccourcissement des ligaments ronds n'entraîne aucune espèce de trouble. De nombreuses observations ont montré qu'il ne gêne en rien ni la conception, ni la grossesse, ni l'accouchement.

On rapproche souvent l'opération d'Alexander du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. C'est à tort il me semble. Il y a une différence fondamentale entre ces deux opérations, puisque le raccourcissement intra-abdominal nécessite une laparotomie préalable. Aussi ce dernier doit-il rentrer dans le groupe des hystéropexies abdominales, appelées aussi ventro-fixation et gastro-hystérorraphie.

La première opération de ce genre a été pratiquée par Kœberlé qui, le 27 mars 1869 après avoir enlevé un ovaire, sutura le pédicule dans la plaie abdominale. Sims, puis Schröder, en 1879, pratiquèrent des opérations analogues. Lawson Tait le premier, en 1880, fixa directement le fond de l'utérus à la paroi. Enfin Olshausen, en 1884, proposa cette suture comme méthode régulière de traitement des rétroversions.

Ainsi l'hystéropexie abdominale consiste essentiellement après laparotomie à fixer directement ou indirectement l'utérus à la paroi abdominale antérieure. Les procédés de fixation sont multiples. Les procédés indirects (Wylie, Polk, Dudley) consistent à raccourcir les ligaments ronds ou même les ligaments larges en totalité en y faisant un pli. Je n'insiste pas sur les détails de technique qui me semblent avoir peu d'importance. Dans les procédés directs, c'est la face antérieure de l'utérus lui-même qu'on fixe à la paroi abdominale. Les fils destinés à faire cette fixation peuvent être passés de manières diverses. Il me semble tout à fait inutile de les décrire, car pourvu qu'ils embrassent une large surface de la paroi antérieure de l'utérus et qu'ils traversent non seulement le péritoine, mais les aponévroses de la paroi, le but est atteint. On pourrait craindre que cette opération entraîne des troubles du côté de la vessie. Mais l'expérience a montré que cette crainte était chimérique. J'ai fait un grand nombre d'hystéropexies et je n'ai jamais eu à la suite aucun trouble de la miction. Il était également important de savoir comment la grossesse se comporterait dans un utérus fixé par l'hystéropexie. L'expérience a prouvé que, lorsqu'on fixe le fond de l'utérus, l'organe devient impropre à la gestation (avortement ou dystocie). Au contraire, lorsqu'on fixe seulement la paroi antérieure en laissant le fond libre, la grossesse et l'accouchement se font sans encombre. J'en ai plusieurs exemples personnels. Toutefois il faut surveiller la grossesse car le fœtus a tendance dans certains cas à prendre une position transversale.

En somme, l'hystéropexie est une excellente opération d'une efficacité durable

et qui ne trouble ni la miction, ni la grossesse, ni l'accouchement lorsqu'elle est bien faite.

Je me borne à mentionner une opération d'hystéropexie qui consiste à amener l'utérus au contact de la paroi abdominale au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, puis à embrocher avec une aiguille et la paroi abdominale et le fond de la matrice. Cette opération, imaginée par Marion Sims, a été formulée par Carrera, pratiquée par A. Kelly, Kaltbach. Elle est aveugle, elle est dangereuse et n'a plus qu'une valeur historique.

Quelle conclusion tirer de cette énumération fort longue quoique abrégée? Quel choix faire parmi ces nombreuses opérations? Je n'ai pas besoin de dire qu'il y a de grandes divergences entre les chirurgiens à ce sujet. Pour ma part, je ne suis pas partisan des opérations vaginales. Les trachélopexies sont insuffisantes, les hystéropexies vaginales sont efficaces; mais elles mettent l'utérus dans une position si anormale, qu'elles rendent la gestation à peu près impossible.

Au point de vue clinique, il y a deux espèces de rétro-déviations, celles qui sont réductibles et celles qui sont adhérentes.

Pour celles qui sont parfaitement réductibles, le mieux, après avoir obtenu l'asepsie de l'utérus, me paraît être de faire l'opération d'Alexander.

Quant aux rétroversions adhérentes, elles s'accompagnent presque toujours, sinon toujours, de lésions des annexes. Aussi je pense qu'il faut faire d'abord la laparotomie. On traite alors les annexes suivant le degré de leurs lésions et contre la rétroversion, on fait une hystéropexie abdominale.

VII

PROLAPSUS

La définition théorique du prolapsus est facile à donner; il faut évidemment entendre sous ce nom l'abaissement de l'utérus en totalité. Mais la découverte de l'allongement hypertrophique du col est venue profondément troubler cette partie de la nosographie. Au XVII^e siècle, Job ab Mekren décrivait les *fausses chutes* de l'utérus, c'est-à-dire les allongements hypertrophiques du col et cherchait à les différencier des chutes véritables, des prolapsus. Quelques rares observations de ces fausses chutes furent publiées, et les choses en restèrent là jusqu'en 1860. C'est alors qu'Huguier présenta à l'Académie de médecine son célèbre mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. Dans ce mémoire, il montra que souvent le col arrivait au niveau de la vulve ou même le dépassait par en bas, bien que le corps occupât sa place normale, et qu'il existait alors non pas un prolapsus de l'utérus, mais un allongement hypertrophique du col. Ces faits entrevus par Job ab Mekren, complètement oubliés depuis le XVII^e siècle, existent réellement, et Huguier a rendu grand service en attirant sur eux l'attention; mais il alla beaucoup trop loin: « On ne trouve, dit-il, dans presque aucun ouvrage la preuve irrécusable, séméiotique et anatomo-pathologique de l'existence de la chute complète de l'utérus ». On le voit, Huguier en arrivait à nier la chute de l'utérus. A l'Académie, Depaul combattit vivement cette manière de voir trop exclusive; et il n'est pas douteux que les deux

maladies existent avec un type bien défini: le prolapsus de l'utérus d'un côté, l'allongement hypertrophique du col de l'autre. Mais les choses n'ont pas toujours ce caractère de simplicité. On n'a pas tardé à s'apercevoir que l'allongement du col et le prolapsus se combinent souvent, qu'il y a peut-être entre ces deux altérations un rapport de cause à effet, si bien qu'il est impossible aujourd'hui d'en séparer complètement l'étude. Il y a donc trois lésions anatomiques très voisines au point de vue des symptômes, qui sont:

1^o L'allongement hypertrophique du col de l'utérus (Job ab Mekren, Huguier);

2^o Les prolapsus de l'utérus sans allongement du col;

3^o Les prolapsus compliqués d'allongement du col.

L'étude de ces divers groupes de faits ne saurait être dissociée.

Étiologie et pathogénie. — Hart et le professeur Trélat ont assimilé les prolapsus génitaux aux hernies en général. Cette assimilation est très juste; ce sont des déplacements dont le processus est analogue à celui des hernies. Ici le canal herniaire, c'est le vagin. Pour que le déplacement se produise, il faut deux conditions: la perte de résistance des moyens de fixation des organes, et une force qui les chasse au dehors. On peut donc dire, avec le professeur Trélat (1), que les prolapsus sont préparés par une insuffisance congénitale ou acquise des moyens de fixité de l'utérus et du vagin, et provoqués par l'augmentation de la pression abdominale, c'est-à-dire par le mécanisme de l'effort. L'insuffisance des moyens de fixité peut être congénitale, car on observe quelquefois les prolapsus chez des nullipares ou même des vierges. Fleetwood-Churchil, Monro, Nonat, Scanzoni, Puech, Munde, rapportent des exemples de ce genre. Nul n'est plus frappant que celui de Puech: « Une jeune fille de vingt ans, vierge, fait un violent effort pour soulever un fardeau; elle ressent une douleur vive dans le bas-ventre, et l'utérus se présente à la vulve à travers l'hymen distendu ».

Mais, dans l'immense majorité des cas, l'insuffisance des ligaments est acquise et c'est l'accouchement le plus souvent, quelquefois les modifications consécutives à la ménopause qui la produisent. L'accouchement agit de diverses façons; dans certains cas, il produit de véritables traumatismes qui diminuent la résistance du périnée et de tout le plancher pelvien; telles sont les ruptures périnéales. L'importance de ces déchirures est considérable. Duplay et Chaput (2) concluent, de leurs études anatomo-pathologiques, qu'avec un périnée qui ne mesure plus que 1 centimètre 1/2 ou moins le prolapsus est fatal. Il faut remarquer que la diminution du périnée ne va pas sans un agrandissement de la vulve; c'est pour cela que Duplay et Chaput ont pu dire que c'est dans les dimensions de la vulve qu'il faut placer le point capital de l'histoire des prolapsus génitaux. Mais l'agrandissement de la vulve est le plus souvent secondaire aux modifications du périnée qui jouent le rôle principal. Il est possible cependant que l'anneau vulvaire lui-même soit définitivement forcé par la tête fœtale sans que le périnée proprement dit soit notablement altéré. Bien souvent, il n'y a pas de plaie, pas de déchirure, dans le sens où l'on entend ordinairement ce mot; l'accouchement produit seulement des trauma-

(1) TRÉLAT, *Clin. chir.*, t. II, p. 621.

(2) DUPLAY et CHAPUT, *Arch. gén. de méd.*, juin 1889, p. 641.