

## III

## DIAGNOSTIC DES DÉVIATIONS UTÉRINES

Une femme accuse un ou plusieurs des symptômes pouvant dépendre d'une déviation utérine, il importe d'en établir le diagnostic.

Quatre catégories de cas sont susceptibles de se présenter à notre observation :

- 1° Le col est visible hors de la vulve ;  
Diagnostic du prolapsus externe.
- 2° Le col est dans le vagin au-dessous de sa situation normale ;  
Diagnostic du prolapsus interne.
- 3° Le col est à la hauteur normale, mais dévié ainsi que le corps ;  
Diagnostic de la version.
- 4° Le col est dans sa situation normale, le corps seul est dévié.  
Diagnostic de la flexion.

Examinons successivement ces différents cas :

## 1° LE COL EST VISIBLE HORS DE LA VULVE

*Diagnostic du prolapsus externe.*

Il suffit en général de regarder pour faire le diagnostic.

Entre les cuisses écartées, on aperçoit (fig. 351 et 357) une tumeur grosse comme un œuf de poule, de dinde, le poing ou même davantage, rosée ou rouge si elle est enflammée, parfois comme tannée sous l'influence du contact de l'air; une ulcération existe souvent à sa surface.

Au sommet de cette tumeur, c'est-à-dire dans sa portion la plus déclive on aperçoit un orifice, dans lequel on peut engager plus ou moins loin la tige d'un hystéromètre.

Cet orifice n'est autre que celui de l'utérus, et le canal qui lui fait suite, la cavité utérine; cette cavité est tantôt de longueur normale, tantôt allongée; l'hystéromètre en la mesurant renseigne sur le degré d'allongement utérin.

Si la femme fait un effort, la tumeur devient plus saillante et volumineuse, et rentre au contraire, si on essaye de la refouler vers la cavité abdominale.

Le diagnostic différentiel de cette tumeur avec un fibrome utérin, pendant à la vulve, ou une inversion utérine faisant saillie au dehors des organes génitaux est facile; dans aucune de ces deux tumeurs on ne peut trouver

d'orifice conduisant dans une cavité analogue à celle de l'utérus; dans le

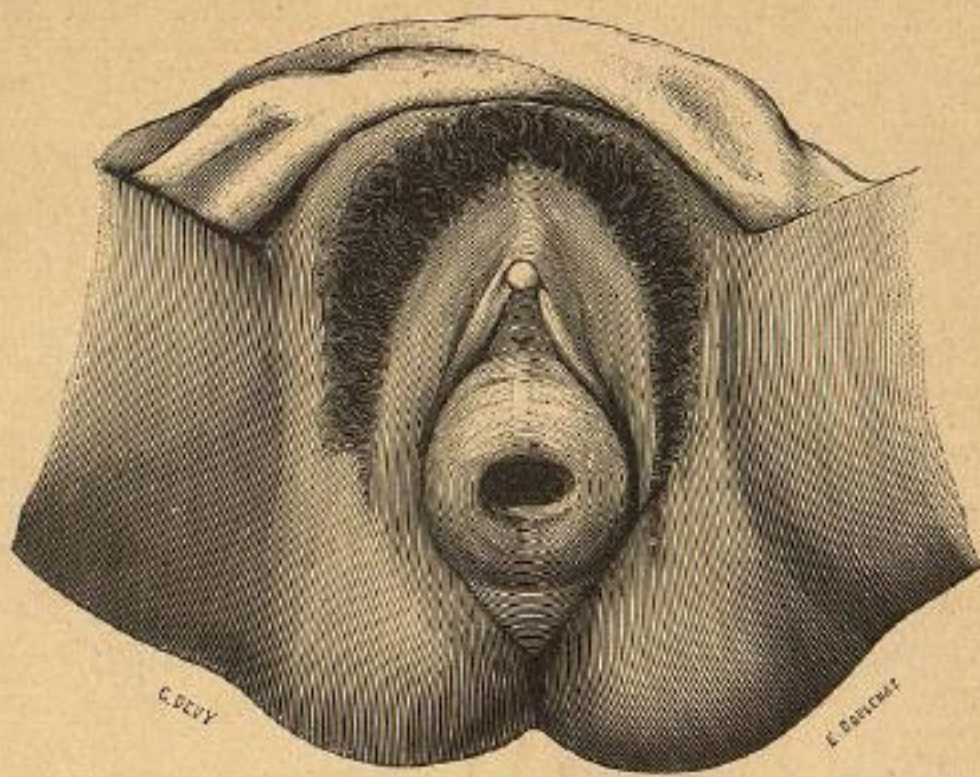


Fig. 358. — Prolapsus externe.



Fig. 359. — Prolapsus sans rectocèle ni cystocèle.

cas de fibrome, la longueur normale du vagin est conservée. Enfin la réductibilité n'existe pas comme pour le prolapsus.



Veut-on savoir si le prolapsus s'accompagne de *cystocèle* ou de *rectocèle*, il faut procéder à l'examen suivant :



Fig. 360. — Prolapsus avec rectocèle et cystocèle.

*Cystocèle* : en avant de l'utérus, entre le col et la vulve, la palpation révèle parfois une tumeur fluctuante, qui n'est autre que la vessie remplie

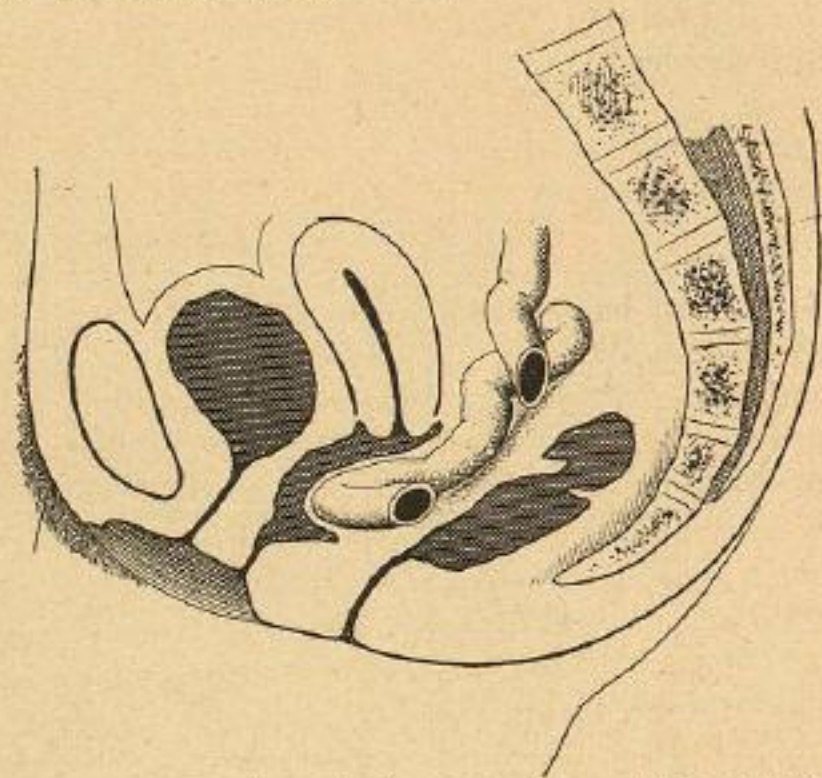


Fig. 361. — Entérocele vaginale sans prolapsus utérin ni rectocèle.

d'urine ; toutefois si la vessie est vide, la cystocèle peut exister sans qu'il y ait tumeur fluctuante.

Le cathétérisme vésical lèvera tous les doutes : si l'extrémité de la sonde, introduite dans la vessie, ne peut pénétrer dans la tumeur, c'est que cette dernière ne contient pas de prolongement vésical, la cystocèle n'existe pas (fig. 359).

Si au contraire (fig. 360) la sonde poussée dans la direction voulue pénètre dans la tumeur, en suivant la face antérieure de l'utérus, la cystocèle existe évidemment.

*Rectocèle* : La rectocèle, constituée par un prolongement du rectum dans la tumeur, fait en arrière pendant à la cystocèle ; l'utérus prolapsé se trouve ainsi accompagné de ces deux voisins naturels, la vessie et le rectum (fig. 360).

Introduisons l'index dans l'anus et avec l'extrémité du doigt comme tout à l'heure avec celle de la sonde, allons chercher le prolongement rectal dans la tumeur constituée par le prolapsus.

Le doigt est-il arrêté (fig. 359), pas de rectocèle ; au contraire trouve-t-il une dépression dans laquelle il peut s'engager (fig. 360), la rectocèle existe.

La *rectocèle* est essentiellement distincte de l'*entérocele*, tumeur constituée par une anse du petit intestin tombé dans le cul-de-sac de Douglas, de telle sorte qu'elle soulève la paroi vaginale postérieure (fig. 361). On saura facilement éviter la confusion entre ces deux états pathologiques, qui d'ailleurs ne se ressemblent que superficiellement.

## 2° LE COL EST DANS LE VAGIN AU-DESSOUS DE SA SITUATION NORMALE

### Diagnostic du prolapsus interne.

Deux cas sont possibles :

Ou le prolapsus est *vagino-utérin*, et il y a une tumeur visible à la vulve constituée par la colpocèle (prolapsus du vagin) ;

Ou le prolapsus est *utéro-vaginal*, les organes génitaux sont extérieurement d'aspect normal ; le toucher vaginal est seul susceptible de mettre sur la voie du diagnostic.

### PREMIER CAS. Prolapsus vagino-utérin.

Quand la femme est placée en position vulvaire sur la table d'examen, on aperçoit, soit spontanément, soit après avoir écarté transversalement les grandes et petites lèvres et en engageant la femme à pousser, tantôt une tumeur, tantôt deux, distendant l'orifice vulvaire et grossissant à mesure que l'effort devient plus considérable.

Ces tumeurs sont molles à la palpation, faciles à réduire, et se maintiennent réduites, tant que la femme reste au repos horizontal.

Elles sont constituées par les parois du vagin, doublées ordinairement pour la tumeur antérieure par la vessie (cystocèle) et pour la postérieure par le rectum (rectocèle).



Autrement dit il y a (fig. 362) :

En avant : colpo-cystocèle ;

En arrière : colpo-rectocèle.

La colpo-cystocèle se montre en général la première, et quelquefois existe à l'état isolé pendant un certain temps, puis, sous l'influence des progrès du prolapsus, la colpo-rectocèle ne tarde pas à se montrer à son tour.

Le doigt, introduit dans le vagin entre ces deux oreillers vulvaires, rencontre bientôt le col utérin plus ou moins abaissé.

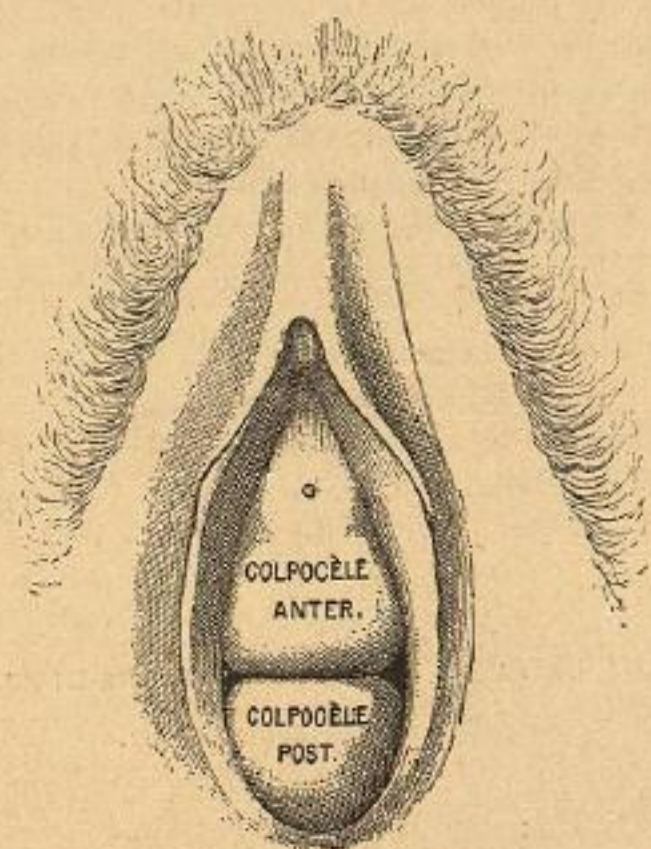


Fig. 362. — Colpocèles antérieure et postérieure.

En déprimant le cul-de-sac postérieur, on suit la face postérieure de l'utérus en rétroversion.

L'hystéromètre pénètre sans difficulté dans la cavité utérine, et révèle un allongement constant mais de degré variable.

DEUXIÈME CAS. *Prolapsus utéro-vaginal.*

Il n'y a pas de tumeur vulvaire; le doigt en cheminant dans le vagin trouve d'abord des parois en situation normale, mais ne tarde pas à rencontrer le col, bien avant que la racine du doigt ne soit arrivée à l'orifice vulvaire, ce qui est la règle quand il n'y a pas de déplacement.

Tout autour du col abaissé se trouvent des culs-de-sac profonds, d'autant plus profonds que l'abaissement est plus notable; n'oublions pas en effet que dans cette variété c'est l'utérus qui entraîne le prolapsus du vagin.

L'utérus est en rétroversion, l'hystéromètre pénètre facilement dans son intérieur et donne une longueur à peu près normale.

Ces deux variétés de prolapsus ne peuvent guère prêter à confusion au sujet du *diagnostic*; je ne parle plus des *fibrômes* ni de l'*inversion*, dont il a été précédemment question; les bases du diagnostic différentiel sont analogues.

J'ai observé un cas où un *double kyste vaginal* situé à l'entrée du vagin, l'un attenant à la paroi supérieure l'autre à l'inférieure, aurait pu en imposer pour une colpocele double, mais la longueur normale du vagin sans abaissement de l'utérus, l'absence de cystocèle et de rectocèle mettait sur la voie du diagnostic, qu'aurait pu confirmer une ponction aspiratrice.

Dans le cas de prolapsus utéro-vaginal la saillie du col dans le vagin serait au premier abord capable de faire penser à une *hypertrophie intra-vaginale du col*, mais le palper combiné au toucher, et surtout l'hystéromètre dont les renseignements sont en pareil cas mathématiques, indiquent si oui ou non il y a hypertrophie; dans le prolapsus utéro-vaginal, l'utérus conserve ses dimensions normales ou presque normales.

3° LE COL EST A LA HAUTEUR NORMALE MAIS DÉVIÉ AINSI QUE LE CORPS

*Diagnostic de la version.*

La version se diagnostique avec le doigt et l'hystéromètre.

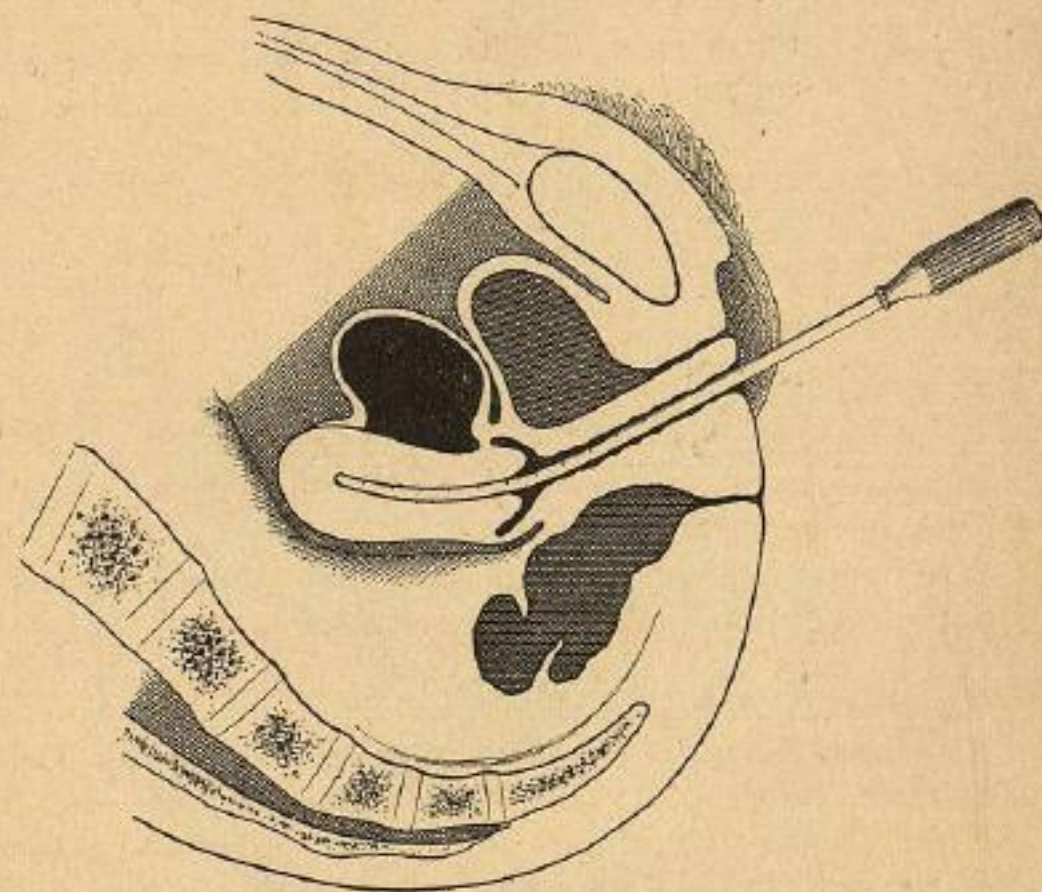


Fig. 363. — Fibrôme simulant une antéversion. Diagnostic à l'hystéromètre.

a. — L'index, enfoncé dans le vagin à la recherche du *col*, le rencontre facilement et rapidement; l'orifice utérin est situé dans l'axe du vagin, le cul-de-



sac antérieur est libre. Le corps se trouve dans le cul-de-sac postérieur (rétroversion).

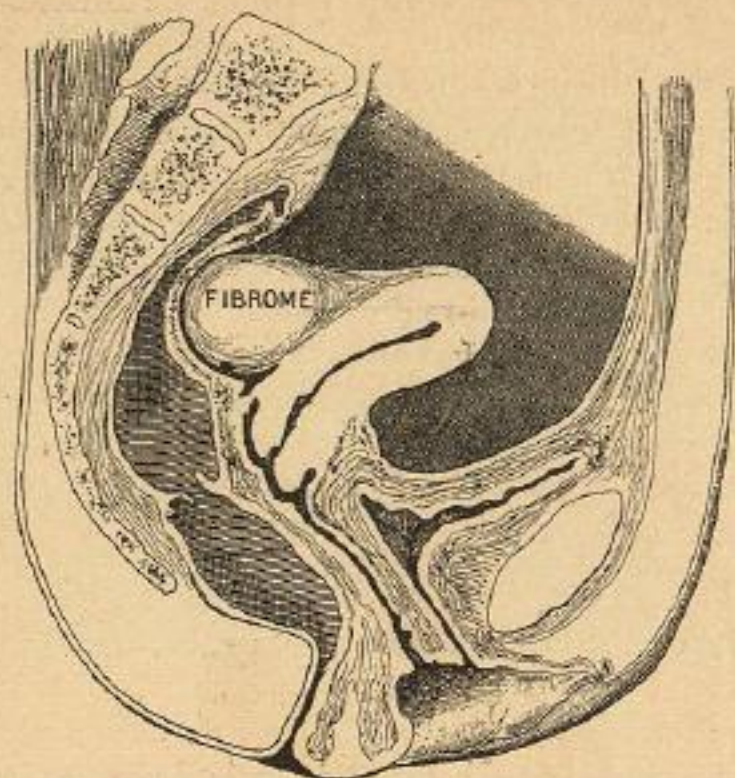


Fig. 364 -- Fibrome dans le cul-de-sac de Douglas, simulant une rétroversion (Skene).

*b.* — Le col se rencontre difficilement, relégué vers la concavité sacrée, l'orifice utérin regarde en arrière, parfois le doigt a de la peine à atteindre la

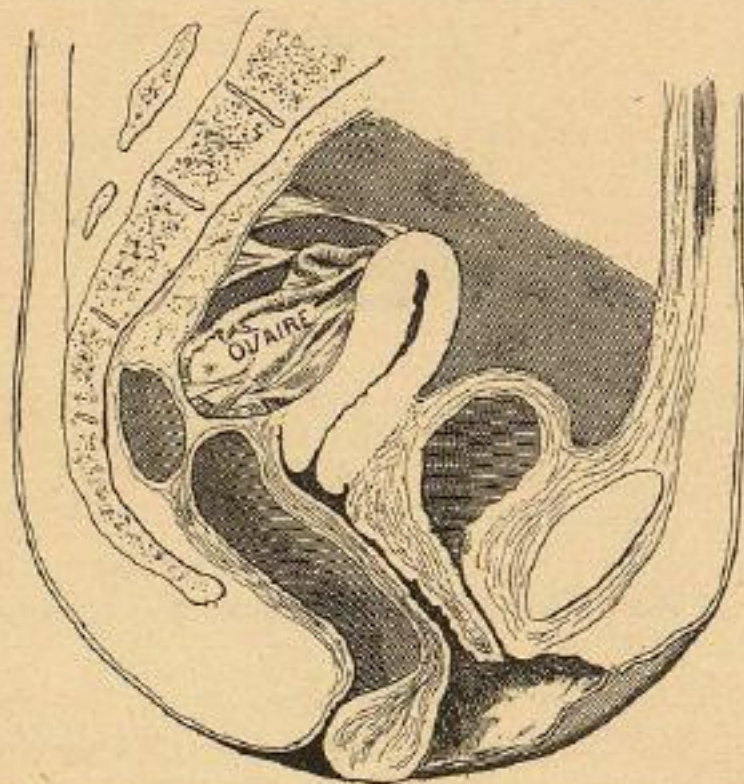


Fig. 365. — Petite tumeur ovarienne simulant une rétroversion (Skene).

lèvre postérieure à cause de son éloignement; le cul-de-sac postérieur est inaccessible au doigt et ne peut être exploré; dans le cul-de-sac antérieur, et en

suivant la paroi antérieure on sent toute la face antérieure de l'utérus, qui repose sur le conduit vaginal (antéversion).

Essayez dans le premier cas de repousser le col en arrière, et au contraire de le ramener en avant dans le second, et si vous réussissez vous aurez la preuve que l'utérus est mobile, sinon il est probablement fixé par des adhérences irréductibles, soit temporairement, soit définitivement.

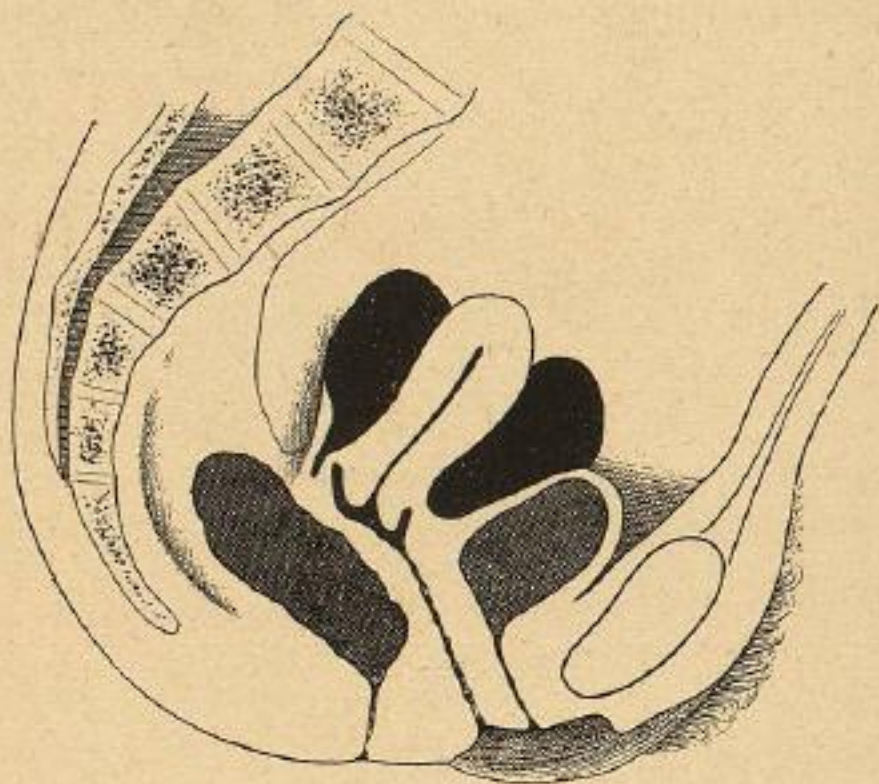


Fig. 366. — Exsudats anté et rétro-utérins simulant une déviation de l'utérus en avant et en arrière.

Les principales causes d'erreurs dans le diagnostic des versions sont les *fibromes utérins*, les *petites tumeurs de l'ovaire*, les *exsudats inflammatoires*.

Un petit fibrome utérin peut, s'il est inséré sur la paroi antérieure de l'utérus, faire croire à une antéversion (fig. 363), et si, en arrière, à une rétroversion (fig. 364); toutefois le confondre avec la flexion est encore plus facile.

Dans les cas douteux et dans ceux où le toucher ne peut faire percevoir la tumeur, l'hystéromètre seul, en indiquant la direction du canal utérin, sera susceptible de lever les doutes.

Une petite tumeur de l'ovaire, se plaçant dans le cul-de-sac postérieur (fig. 365), pourrait de même faire penser à une rétroversion. Même marche à suivre que tout à l'heure pour le diagnostic différentiel.

Une erreur analogue est possible avec un exsudat inflammatoire siégeant en avant ou en arrière de l'utérus (fig. 366).

Un toucher attentif permettra de reconnaître que l'exsudat, adhérant au corps utérin, simule une augmentation du volume total de l'utérus qui devra



éveiller l'attention; en outre la consistance inégale, bosselée de la tumeur, le manque de mobilité de l'utérus devront mettre sur la voie du diagnostic. Enfin l'hystéromètre restera comme juge suprême, mais l'exploration intra-utérine devra être très prudente en pareil cas, et d'une asepsie rigoureuse, car les vieilles inflammations sont souvent réveillées par une hystérométrie intempestive; mieux vaut en certains cas laisser pendant quelque temps un diagnostic en suspens, que d'exposer la femme à des accidents.

#### 4° LE COL EST DANS SA SITUATION NORMALE, LE CORPS SEUL EST DÉVIÉ

##### *Diagnostic de la flexion.*

De même que pour la version, le *doigt* et l'*hystéromètre* sont ici les deux clefs du diagnostic.

S'agit-il d'une **rétroflexion**, le doigt rencontre le corps utérin dans le cul-de-sac postérieur, et sent nettement l'angle formé par la coudure du corps sur le col. — Cet angle permet de distinguer la rétroflexion de la rétroversion. — Dans la version cet angle n'existe pas; *pas d'angle, pas de flexion*. — Dans le cul-de-sac antérieur, le doigt aidé de la palpation abdominale est incapable de sentir le corps de l'utérus. — Si on essaie d'introduire un hystéromètre, il ne peut franchir l'isthme, ou s'il le franchit c'est en redressant le corps, et le toucher pratiqué à ce moment permet de constater la disparition de la tumeur précédemment sentie.

S'agit-il d'une **antéflexion**, tumeur analogue dans le cul-de-sac antérieur à celle qui existe dans le postérieur pour la rétroflexion. — *Angle cervico-corporéal pathognomonique*. — L'hystéromètre redresse l'utérus, s'il peut pénétrer au delà de l'isthme.

Les causes d'erreur sont les mêmes que pour la version: *fibrome utérin, petite tumeur ovarienne, exsudats inflammatoires*. — Le diagnostic différentiel s'établit de même que pour les versions.

## IV

### TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES

Neuf fois sur dix, la déviation, qui est la source de troubles pathologiques, s'accompagne de métrite; les autres complications sont relativement beaucoup plus rares, telles la périmérite, une tumeur utérine ou du voisinage.

*Tout traitement de la déviation doit être précédé ou accompagné de celui de la complication.*

Souvent la complication, cause de la déviation, est la source des principaux symptômes éprouvés par la malade, de telle sorte que la métrite par

exemple étant guérie, la déviation persiste indifférente, sans causer d'ennuis à la femme et que la seconde partie du traitement devient inutile.

Mais supposons le traitement complet nécessaire, il nous faudra donc :

- 1° Traiter la complication;
- 2° Traiter la déviation.

Dans certains cas, quand il s'agit d'une opération, les deux traitements peuvent être combinés et faits simultanément.

La complication sera traitée par les moyens appropriés que je n'ai pas à envisager ici. (Voir *Métrite, Périmérite, Tumeurs utérines, périutérines, etc.*)

Contre la déviation même, on possède comme **ressources thérapeutiques** :

- 1° Le *redressement utérin*;
- 2° Les *pesaires*, après réduction préalable de la déviation par la position de la femme, par la main, ou à l'aide d'un instrument tel que l'hystéromètre;

3° L'*électricité* et le *massage*;

4° Les *opérations*, qui ont pour but, les unes de maintenir le corps de l'utérus (hystéropexie, raccourcissement des ligaments ronds), les autres de soutenir le col en fortifiant le plancher pelvien (périnéoraphie, colporaphie, occlusion incomplète ou complète du vagin); les premières agissent *a tergo*, les dernières *a fronte*. Je ne fais que mentionner l'ablation totale de l'utérus, qui devra être réservée pour des cas tout à fait exceptionnels.

Pour l'étude du traitement des déviations utérines je suivrai un ordre un peu différent de celui adopté par l'exposé des symptômes de la pathogénie et de l'anatomie pathologique, et dans le but de simplifier et de rendre plus claire cette étude thérapeutique j'étudierai successivement :

- 1° Le traitement des antédéviation (antéflexion et antéversion);
- 2° Les traitements des rétrodéviations (rétroflexion et rétroversion);
- 3° Le traitement des prolapsus.

Dans chacun de ces trois chapitres j'examinerai successivement :

- a. Les ressources thérapeutiques;
- b. Leur mode d'application suivant les cas cliniques.

La première partie constituera l'énumération et l'exposé des nombreux moyens thérapeutiques proposés pour la cure de la déviation envisagée, tout en ne nous arrêtant qu'aux principaux.

La seconde partie montrera comment en clinique il convient de faire usage de ces moyens, et à quel choix il faut s'arrêter suivant la forme de chaque cas particulier.