

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.

## I. — TRAITEMENT DES ANTÉDÉVIATIONS

## SOMMAIRE

## a. Ressources thérapeutiques :

- 1° Redressement de l'utérus.
- 2° Pessaires et ceintures.
- 3° Electricité et massage.
- 4° Opérations.

## b. Traitement clinique.

- 1° Antédéviations physiologiques ou indifférentes.
- 2° Antédéviations non compliquées.
- 3° Antédéviations avec tumeur.
- 4° Antédéviations avec métrite.
- 5° Antédéviations avec effondrement vulvo-vaginal.
- 6° Antédéviations avec inflammation périutérine.

## A. — RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES

Les ressources thérapeutiques contre les antédéviations sont le redressement

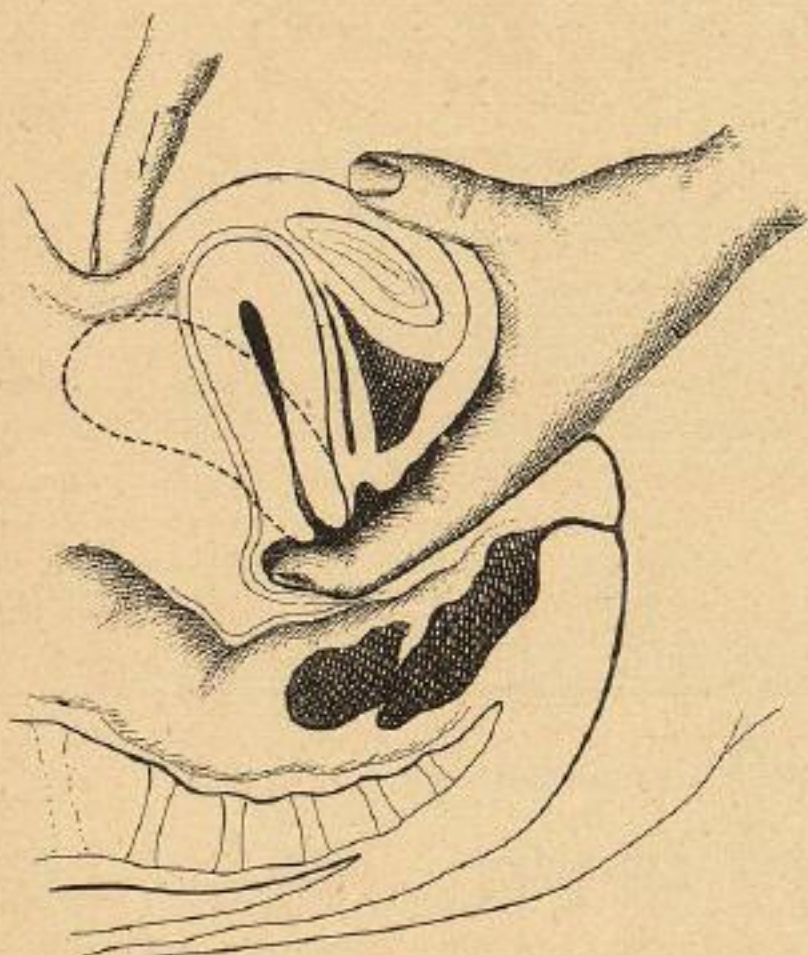


Fig. 367. — Redressement de l'utérus antédévié par manœuvres combinées.

de l'utérus, le pessaire pour le maintenir réduit, l'électricité et le massage, enfin le traitement opératoire.

## 1° Redressement de l'utérus.

Le redressement de l'utérus peut être manuel, instrumental ou favorisé par la position de la femme.

Pour redresser l'utérus *manuellement* on peut s'y prendre de deux façons :

1° Figure 367. Avec l'index d'une main on va accrocher le col de l'utérus, en faisant pénétrer l'extrémité du doigt dans le cul-de-sac postérieur du vagin. On attire le col de l'utérus vers l'orifice vulvaire, et on imprime de la sorte

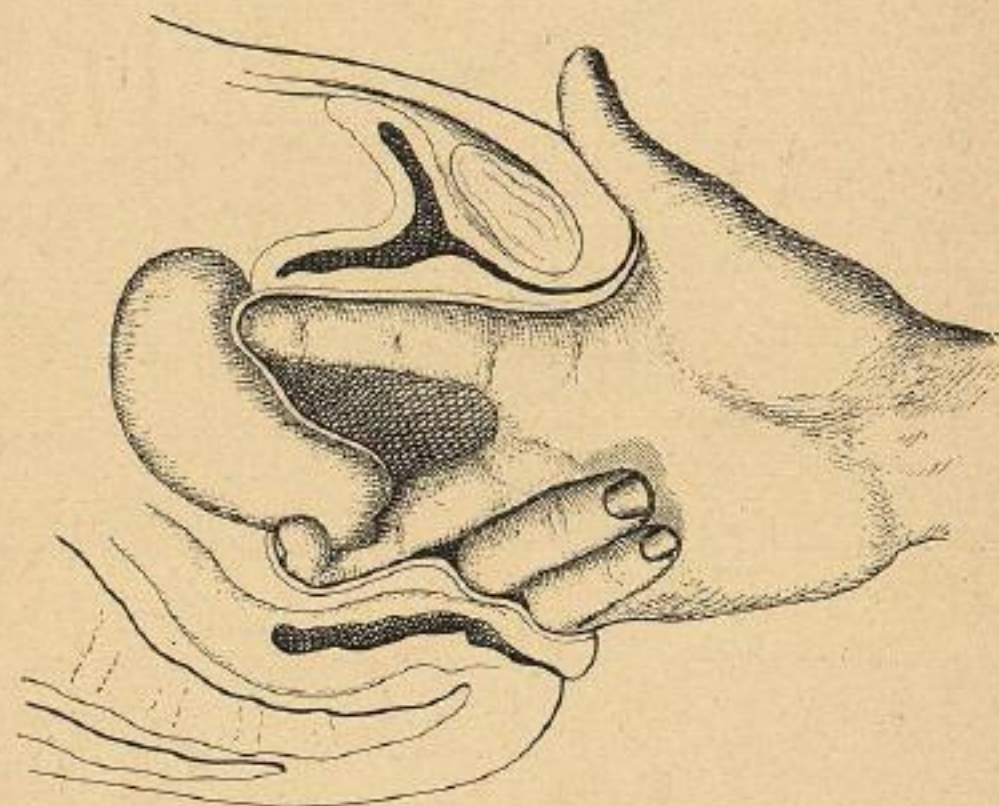


Fig. 368. — Redressement bidigital de l'utérus antédévié.

à l'utérus un mouvement de bascule, qui relève le fond de l'organe et le rend accessible au niveau de la paroi abdominale, alors qu'il était antérieurement caché derrière la symphyse pubienne.

A partir de ce moment la main extérieure peut, à travers la paroi abdominale, repousser le fond de l'utérus dans la direction de la colonne vertébrale et compléter le redressement commencé par le doigt vaginal.

Pendant toute cette manœuvre la femme doit être dans le décubitus horizontal, avec relâchement musculaire complet.

2° Figure 368. Au lieu de la précédente manœuvre on peut procéder de la façon suivante :

Le médius étant introduit derrière le col pour l'accrocher, l'index de la même main introduit simultanément dans le vagin déprime le cul-de-sac antérieur et repousse le corps utérin d'avant en arrière.

Cette manœuvre bidigitale, facile alors que le vulve est assez lâche,

permet de remettre l'utérus dans sa position normale quand il présente une mobilité suffisante.

Le redressement *instrumental* de l'utérus s'effectue à l'aide de l'*hystéromètre*.

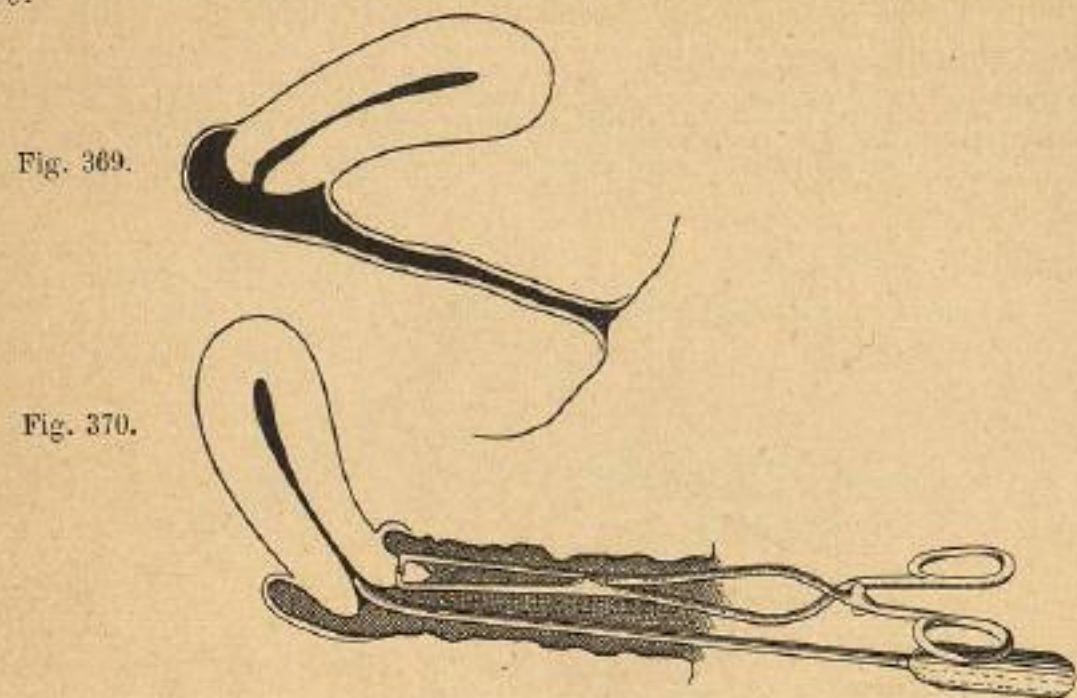


Fig. 369-370. — La première figure (369) représente l'utérus antédevié, et la seconde (370) l'utérus redressé à l'aide d'une pince de Museux, pour permettre l'introduction de l'hystéromètre.

La difficulté en pareil cas est d'arriver à introduire l'instrument dans la cavité utérine, car l'axe de l'utérus fait avec celui du vagin un angle aigu, de telle sorte que l'hystéromètre d'abord introduit suivant l'axe du vagin ne peut ensuite que difficilement prendre la direction de l'axe utérin.

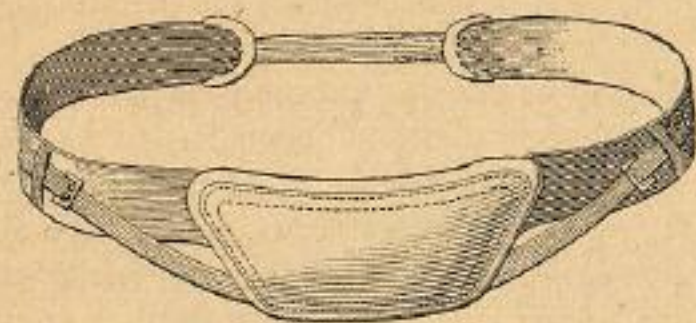


Fig. 371. — Ceinture hypogastrique à pelote.

Quand l'hystéromètre a pénétré dans l'utérus, on peut en le tenant sur l'instrument imprimer à l'organe la direction désirée.

Une simple mention pour l'influence du *décubitus dorsal et horizontal*, qui tend à redresser l'utérus antédevié, alors surtout que la vessie est pleine.

Cette influence est d'ailleurs d'importance secondaire et bien moins prononcée que celle de la position gènepectorale pour la réduction des rétro-déviation, dont il sera ultérieurement question.

### 2° Pessaires et ceintures.

Les ceintures ont pour but de maintenir la masse intestinale et d'empêcher le poids de ces viscères de s'exercer sur l'utérus, et d'accentuer ainsi la déviation.

On emploie soit la ceinture hypogastrique à pelote, soit une ceinture abdominale ordinaire.

La première exerce une pression bien localisée à l'hypogastre, la seconde maintient toute la partie inférieure de l'abdomen.

La première apporte en général dans le cas actuel un soulagement plus

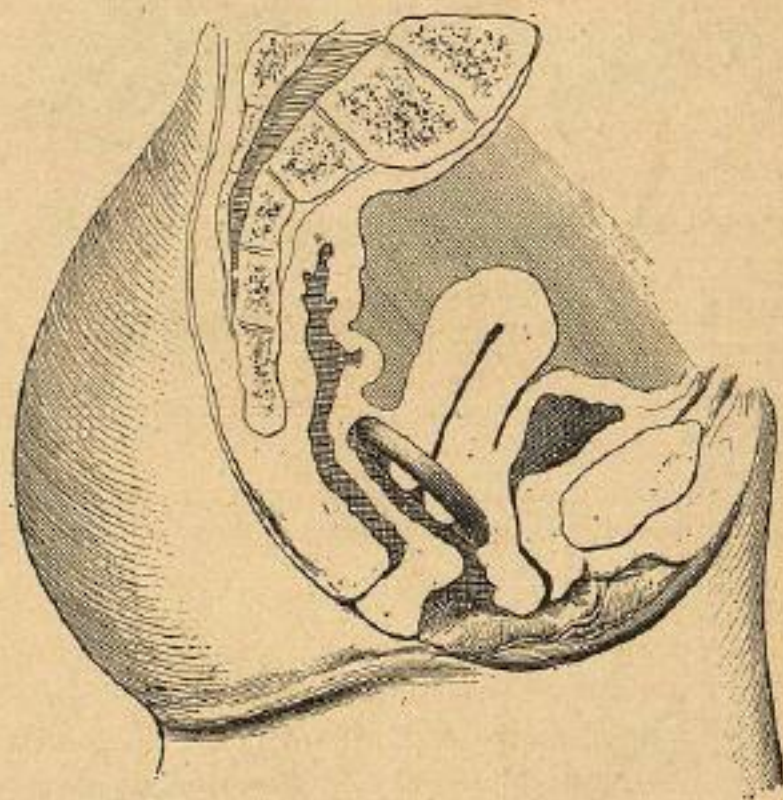


Fig. 372. — Application d'un pessaire élastique.

marqué que la seconde, bien qu'on rencontre quelquefois l'exemple du contraire.

En dehors des pessaires intra-utérins, qui se composent d'une tige métallique qu'on introduit dans la cavité de l'organe et qui ne présentent aucune particularité dans leur emploi contre les antédéviation, les pessaires dont on fait communément usage sont les intra-vaginaux, dont je mentionnerai les types suivants :

1° Le simple anneau élastique dont l'action est de tendre la paroi vaginale, et par là même de fixer le col utérin au centre du bassin, ce qui est sa position normale.

La correction de la situation cervicale amène secondairement celle du corps utérin, et remédie de la sorte à l'antédéviation.

Ce simple anneau constitue, alors qu'il est nécessaire, un des meilleurs correcteurs des déviations de l'utérus en avant.

2° Le pessaire de *Graily Hewitt* forme, ainsi que l'indique la figure 373, un angle dont le sommet appuie sur le corps de l'utérus, de manière à lui rendre sa direction normale.

La figure 374 indique la manière dont il soutient l'utérus, et s'oppose à son basculement en avant.

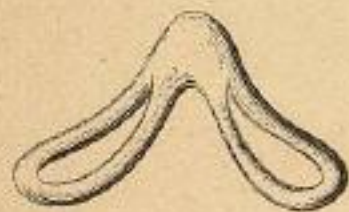


Fig. 373. — Pessaire G. Hewitt, isolé.

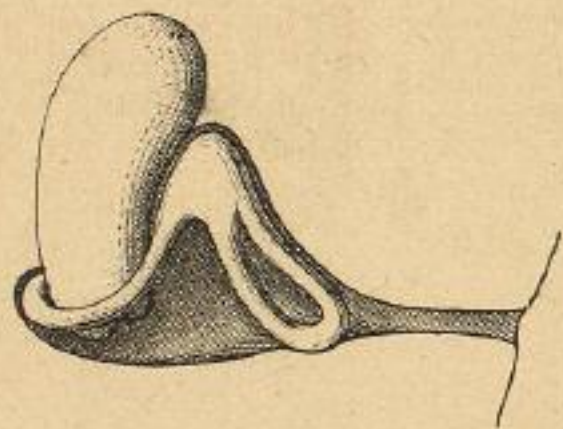


Fig. 374. — Pessaire G. Hewitt, appliqué.

3° Je mentionnerai encore le pessaire de *Gaillard Thomas* qui agit d'une façon analogue.

Il se compose d'un anneau sigmoïde (fig. 375) sur lequel s'articule une anse mobile (fig. 375-376).

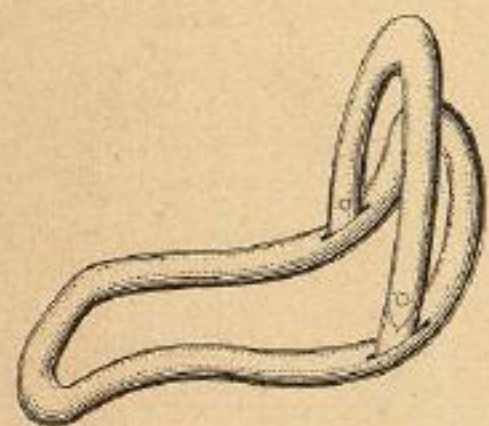


Fig. 375. — Pessaire Gaillard Thomas pour rétrodéviation.

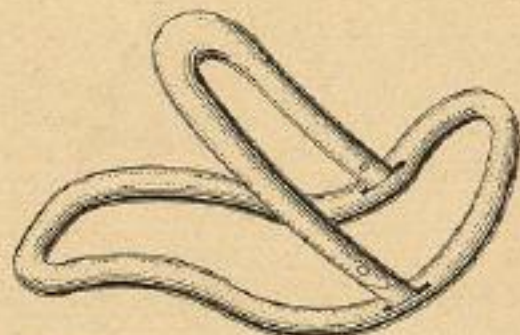


Fig. 376. — Pessaire Gaillard Thomas pour antédéviation.

Alors que l'instrument est appliqué (fig. 377), la partie postérieure de l'anneau entoure le col en arrière, tandis que l'anse mobile soutient le corps ; la partie antérieure de l'anneau prend point d'appui sur le vagin et fixe tout l'appareil qui redresse l'utérus vers sa direction normale.

Ce même pessaire s'emploie pour la rétrodéviation en plaçant l'anse mobile ainsi que l'indique la figure 375.

### 3° Electricité et massage.

L'électricité peut être appliquée sous deux formes, galvanique et faradique.

*Galvanique* : le pôle positif dans le col utérin ou le vagin, et le négatif sur la paroi abdominale comme pour le traitement des fibromes, de manière à décongestionner l'utérus et à le rendre plus léger.

*Faradique* : soit bipolaire vaginale, soit un pôle dans le vagin et l'autre sur l'abdomen de manière à fortifier toute la musculature utérine et à rendre de la tonicité à ses ligaments affaiblis.

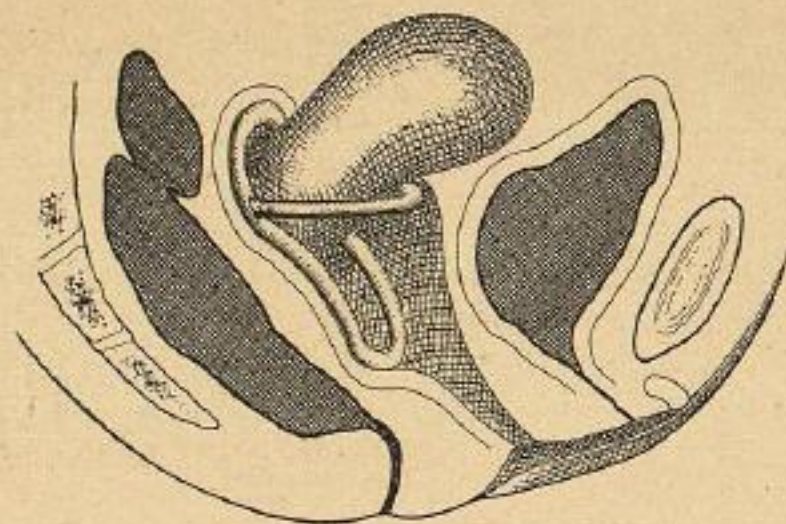


Fig. 377. — Pessaire de Gaillard Thomas, appliqué dans un cas d'antédéviation.

Le massage est surtout indiqué, alors qu'il s'agit de mobiliser l'utérus fixé par des adhérences péritonéales ou cellulaires.



Fig. 378. — Redressement de l'utérus antéversé, à l'aide d'un crochet (Sims).

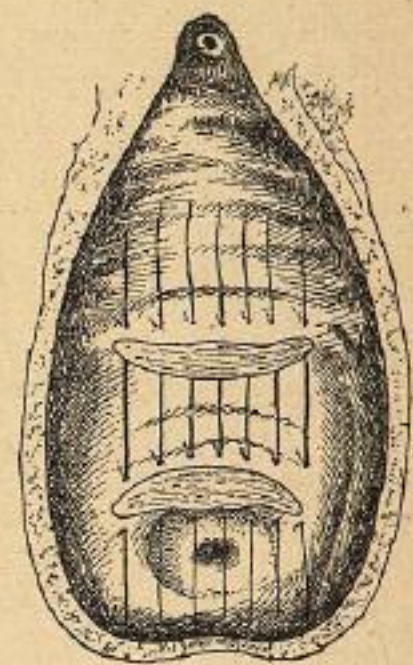


Fig. 379. — Accolement vagino-cervical pour remédier à l'antéversion (Sims).

Il devra consister en frottements portant sur l'utérus et les tissus avoisnants, et en mouvements imprimés à l'utérus de manière à le mobiliser et à le relever.

### 4° Opération.

La seule opération qui s'adresse directement aux antédéviation et seulement à l'antéversion est l'*accolement vagino-cervical* de Sims.

Alors qu'avec un crochet (fig. 378) on attire le col en avant, de manière à

corriger l'antéversion, la paroi antérieure du vagin se plisse sur elle-même, et par là même, diminue de longueur apparente; si au lieu d'amener le col en avant à l'aide d'un instrument on arrive par une opération à diminuer la longueur de cette paroi, on obtient le même résultat.

C'est le but que s'est proposé Sims en pratiquant l'accolement vagino-cervical.

Un avivement transversalement allongé est opéré sur la lèvre antérieure du col et la partie voisine du vagin; avivement analogue symétrique sur la paroi vaginale supérieure à 5 ou 6 centimètres en avant du premier.

Sutures à la soie ou au crin de Florence, placées de telle sorte (fig. 379) qu'elles amènent au contact les deux surfaces avivées.

Ablation des sutures au bout de quinze jours environ, alors que la cicatrice de réunion est solide.

Il sera bon de faire précéder cette opération du curage, qui constitue en somme le premier temps de toute opération gynécologique par la voie vaginale et qui représente pour l'utérus ce qu'est un lavage soigneux pour le vagin.

#### B. — TRAITEMENT CLINIQUE

Nous venons de passer en revue les ressources cliniques qui constituent notre bagage thérapeutique contre les antédéviations, examinons maintenant comment il convient de les appliquer en clinique.

Il importe à cet égard, étant donnée la complexité des cas, d'établir les catégories suivantes :

- 1° Antédéviations physiologiques ou indifférentes;
- 2° Antédéviations non compliquées;
- 3° Antédéviations avec tumeur;
- 4° Antédéviations avec métrite;
- 5° Antédéviations avec effondrement vulvo-vaginal;
- 6° Antédéviations avec inflammation périutérine.

Examinons en détail chacun de ces différents cas :

##### 1° Antédéviations physiologiques ou indifférentes.

Précédemment ont été définis les deux termes de physiologique et d'indifférente s'appliquant aux déviations : dans les deux cas, la femme n'éprouve aucun symptôme pathologique dépendant de la déviation même, la seule différence est que l'utérus est mobile avec l'antédéviations physiologique et au contraire immobile avec l'indifférente.

Dans l'un ou l'autre cas il ne saurait être question de traitement, car soigner une femme pour un état physiologique ou pour une déviation qui ne lui cause aucun ennui serait un simple non-sens.

##### 2° Antédéviations non compliquées.

Par antédéviations non compliquées nous entendons celle qui ne s'accompagne d'aucun autre état pathologique, tel que métrite, péri-métrite, tumeur.

La déviation constitue la seule maladie, et se traduit comme manifestation pathologique soit par la dysménorrhée, soit par la stérilité, soit par le ténésme vésical; ce sont ces trois conséquences isolées ou réunies pour lesquelles on sera consulté.

S'il s'agit de *dysménorrhée*, l'indication primordiale sera de rétablir la perméabilité du canal utérin, habituellement interrompue au niveau de l'isthme par la coudure de l'organe.

En pareil cas, au lieu de tenter le redressement de l'utérus à l'aide de pessaires vaginaux, il sera plus simple de rétablir la perméabilité utérine soit par l'application pendant un certain temps d'un tube intra-utérin (voir le drainage utérin précédemment exposé page 264), soit par la fixation pendant quelques semaines d'une tige métallique de Lefour (voir p. 265).

Quand la conséquence de l'antédéviations est la *stérilité*, l'indication est double : rétablir la perméabilité du canal utérin, s'il s'agit d'une flexion, et redresser tout l'utérus, s'il y a version, afin de permettre dans l'un ou l'autre cas la pénétration du sperme.

Comme un redressement momentané pendant le coït peut amener le résultat désiré, il suffit parfois que la vessie soit pleine à ce moment pour corriger momentanément la déviation et permettre la fécondation.

On conseillera donc à la femme de ne pas uriner pendant les trois heures qui précèdent et les trois heures qui suivent le coït.

On a également conseillé en pareil cas le coït avec position spéciale, *more bestiarum*, de manière à favoriser l'adaptation plus complète des organes masculins aux féminins; il est permis de douter de l'efficacité de cette précaution.

En cas d'échec, on traitera l'antédéviations comme il a été précédemment indiqué à propos de la dysménorrhée, soit ainsi qu'il va être dit au sujet du ténésme vésical.

Le *ténésme vésical* est un des symptômes les plus pénibles, auxquels donne lieu l'antédéviations utérine.

Certaines femmes sont tellement incommodées par ce symptôme qu'elles sont obligées d'uriner toutes les heures, parfois même plus souvent, de telle sorte que toute occupation, toute vie sociale devient pour elles impossible; le besoin presque continuel d'uriner se transforme pour ces malades en une véritable obsession.

En pareil cas, il importe de relever l'utérus, et, qu'il s'agisse d'une antéflexion ou d'une antéversion, de le remettre dans sa situation normale.

Qu'il y ait flexion ou version, le *massage* est susceptible de donner de bons résultats, particulièrement quand l'utérus est congestionné ou quand il y a des traces d'inflammation périutérine ancienne.

L'*électricité* faradique ou mieux galvanique d'une part dans le vagin ou le col, de l'autre sur la surface de l'abdomen, pourra être tentée, mais en général les résultats qu'elle donne sont dans le cas actuel inférieurs à ceux fournis par le massage.