

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 péritérine.

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, périmétrite, 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 péritérine 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.

Si les moyens précédents échouent, ou si, pour une raison quelconque, on renonce à leur emploi, il faudra remédier :

A l'*antéflexion* par l'application d'un pessaire intra-utérin :

A l'*antéversion*, par une opération : l'accolement vagino-cervical de Sims.

Le *pessaire intra-utérin* le mieux approprié à l'antéflexion est la tige métallique de Lefour, qu'on peut introduire sans curage préalable et sans l'aide d'anesthésie, en se conformant aux préceptes qui ont été donnés antérieurement (voir p. 60). On le laissera en place, suivant la tolérance des sujets, de deux à six semaines.

Après ablation, on pourra le replacer de nouveau si le résultat obtenu au point de vue du redressement utérin ne se maintenait pas suffisamment.

L'*accolement vagino-cervical* de Sims, applicable à l'antéversion, où il peut redresser tout l'utérus, et non à l'antéflexion, où il ne ferait qu'exagérer la déviation, a été décrit page 367.

Cette opération ne présente aucun danger, elle peut, dans la majorité des cas, être exécutée sans l'aide de l'anesthésie.

Elle constitue une des interventions les plus recommandables de la petite gynécologie.

Enfin, comme dernière ressource, on pourra contre les antédéviation, recourir aux pessaires, soit au simple anneau élastique, s'il s'agit d'une antéflexion, soit au pessaire de Graily-Hewitt si la déviation est une flexion.

Mais d'une façon générale les pessaires ne devront être choisis que comme pis-aller thérapeutique et alors que les autres moyens précédemment indiqués ont échoué.

3° Antédéviation avec tumeur.

Toute tumeur utérine (fibrome) ou péritérine (kyste de l'ovaire), qui comprime l'utérus d'arrière en avant, amène un degré plus ou moins marqué d'antédéviation.

Mais l'antédéviation utérine constitue en pareil cas un simple détail de l'état pathologique, et ce n'est pas à elle que doit s'adresser la thérapeutique, mais à la tumeur dont elle n'est qu'une conséquence presque négligeable.

4° Antédéviation avec métrite.

Cette catégorie renferme les classes les plus nombreuses des cas qu'aura à traiter le gynécologue.

Qu'il y ait endométrite ou métrite parenchymateuse, l'organe, augmenté de poids, tend, à moins qu'il n'y ait rétrodéviations, à s'incliner en avant, d'où la production de l'antédéviation, qui est une simple conséquence de l'inflammation utérine.

En pareille occurrence, le traitement doit exclusivement s'adresser à l'élément inflammatoire et aussitôt la métrite guérie par des moyens appropriés,

rapidement l'utérus reprendra sa situation normale, sans qu'aucun traitement spécial soit nécessaire à cet effet.

5° Antédéviation avec effondrement vulvo-vaginal.

L'antédéviation de l'utérus peut survenir comme conséquence lointaine de l'accouchement, alors qu'il y a eu à la suite relâchement du vagin, distension et déchirure du périnée, de telle sorte qu'à la suite de l'acte obstétrical il y a eu véritable effondrement du plancher pelvien.

Bien qu'à la suite de cet effondrement, la rétrodéviations et le prolapsus de l'utérus soient relativement plus fréquents, on peut néanmoins observer l'antédéviation utérine comme conséquence.

L'utérus n'est plus maintenu à cause du relâchement de ses ligaments et s'incline en avant d'une façon pathologique.

En pareil cas, les moyens thérapeutiques que nous avons indiqués dans la deuxième catégorie de cas, massage, électricité, tige intra-utérine, accolement vagino-cervical, pessaire, ne sauraient suffire, car leur condition de réussite repose sur l'intégrité du plancher pelvien.

Ici pour guérir la déviation utérine il faut par une opération appropriée rendre au plancher pelvien son intégrité, ou du moins une résistance suffisante; on y arrivera par la colporaphie antérieure et la colpo-périnéoraphie, opérations qui seront ultérieurement décrites à propos du prolapsus.

En même temps qu'on fera la colporaphie antérieure, on pourra procéder à l'accolement vagino-cervical en combinant ces deux opérations.

6° Antédéviation avec inflammation péritérine.

L'inflammation péritérine, qu'elle s'adresse au tissu cellulaire (pelvicellulite) ou au péritoine (pelvi-péritonite), a comme conséquences la formation d'adhérences qui, dans le cas actuel, immobilisent l'utérus en antédéviation.

Deux moyens thérapeutiques ont seuls une réelle influence sur ces adhérences :

le *massage*

et la *libération directe* de l'utérus après laparotomie.

Le massage, étant sans danger alors qu'il est fait après sédation des phénomènes aigus, doit toujours être tenté et il suffira, dans un assez grand nombre de cas, pour mobiliser l'utérus et rendre l'organe à sa position normale.

Toutefois, dans les cas rebelles, et alors que la fixation de l'utérus en avant est pour la femme la source de troubles réellement pénibles, on ne saurait hésiter à pratiquer la laparotomie, afin d'aller avec les doigts détacher les adhérences, qui maintiennent l'utérus en position anormale.

Nous étudierons plus en détails, à propos des rétrodéviations, cette laparotomie libératrice, car avec cette dernière déviation, son indication devient beaucoup plus importante et fréquente.

II. — TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS

SOMMAIRE

- a. *Ressources thérapeutiques.*
 1° Redressement de l'utérus.
 2° Pessaire et ceinture.
 3° Electricité et massage.
 4° Opération.
- b. *Traitement clinique.*
 1° Rétrodéviations indifférentes.
 2° Rétrodéviations non compliquées.
 3° Rétrodéviations avec tumeur.
 4° Rétrodéviations avec métrite.
 5° Rétrodéviations avec effondrement vulvo-vaginal.
 6° Rétrodéviations avec inflammation périutérine.

A. — RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES

Les ressources thérapeutiques contre les rétrodéviation sont analogues à

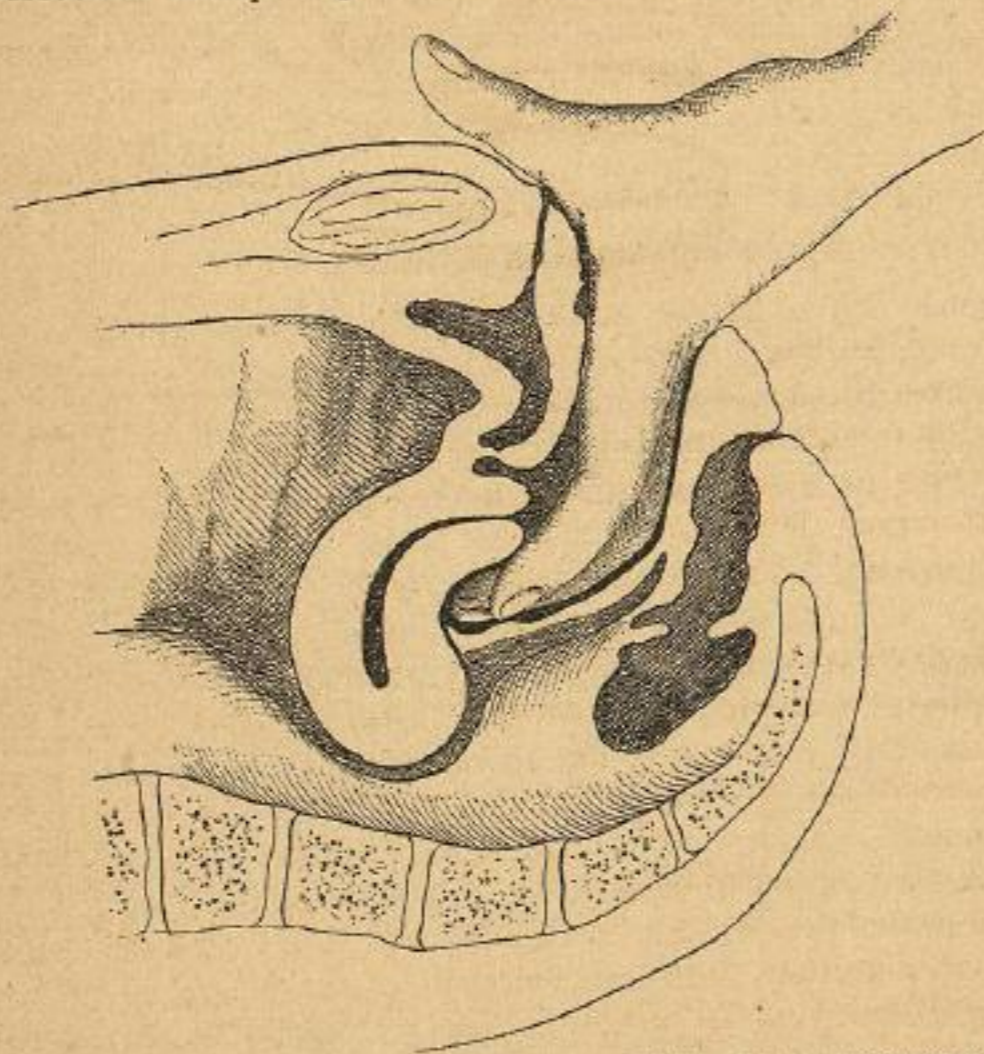


Fig. 380. — Relèvement de l'utérus rétrofléchi, 1^{er} temps (Schultze).

celles qu'on possède contre les antédéviation, à savoir : le redressement

de l'utérus, les pessaires et ceintures, l'électricité et massage, enfin le traitement chirurgical.

Examinons en détail ces divers moyens thérapeutiques.

1° REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS

Le redressement de l'utérus rétroversé ou rétrofléchi nécessitera, alors qu'il y a des adhérences péritonéales, la laparotomie, le détachement des

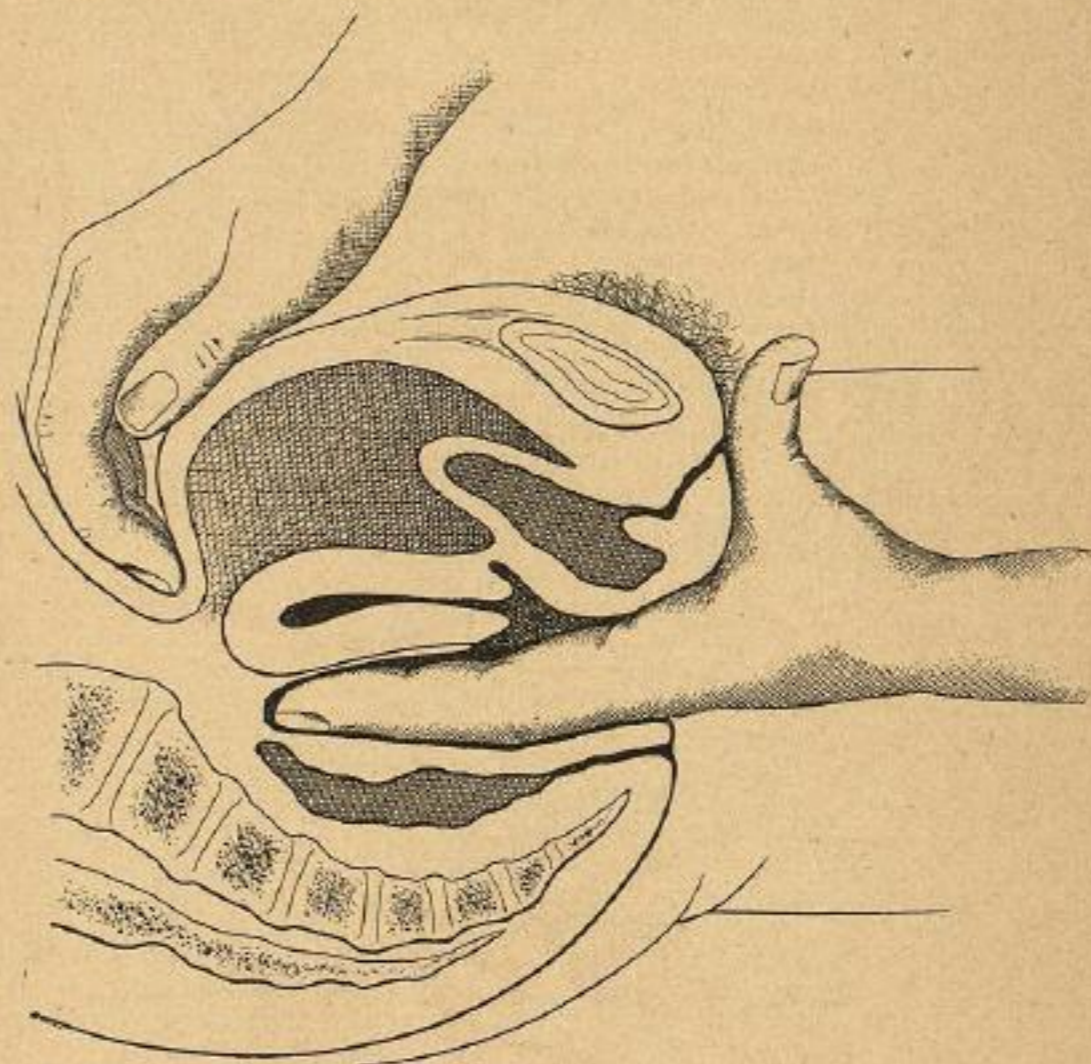


Fig. 381. — Relèvement de l'utérus rétrofléchi, 2^e temps (Schultze).

adhérences avec les doigts ou un instrument tranchant; après quoi on pourra relever l'utérus en allant saisir le fond de l'organe avec les doigts recourbés en crochet.

En dehors de ces cas spéciaux, qui seront étudiés plus en détail au traitement clinique à propos des rétrodéviation, compliquées d'inflammation périutérine, le redressement de l'utérus peut se faire par les voies naturelles à l'aide des doigts, d'un instrument, ou plus simplement encore sans manœuvre directe par la position donnée à la malade.

Voici d'ailleurs les détails de ces divers redressements :

A. *Redressement à l'aide des doigts.* — La femme étant dans le décubitus

dorsal, introduire l'index et le médium dans le vagin (fig. 380), repousser le corps à travers le cul-de-sac postérieur (fig. 380), le faire basculer en avant (fig. 381); aussitôt qu'il devient accessible au niveau de la paroi abdominale, le saisir avec l'autre main comme l'indique la figure 382, et compléter ainsi le mouvement de bascule en avant (fig. 383) (Manœuvre de Schultze).

Dans certains cas, je me suis bien trouvé de la manœuvre représentée par la figure 384, d'après laquelle l'index introduit dans le vagin repousse le

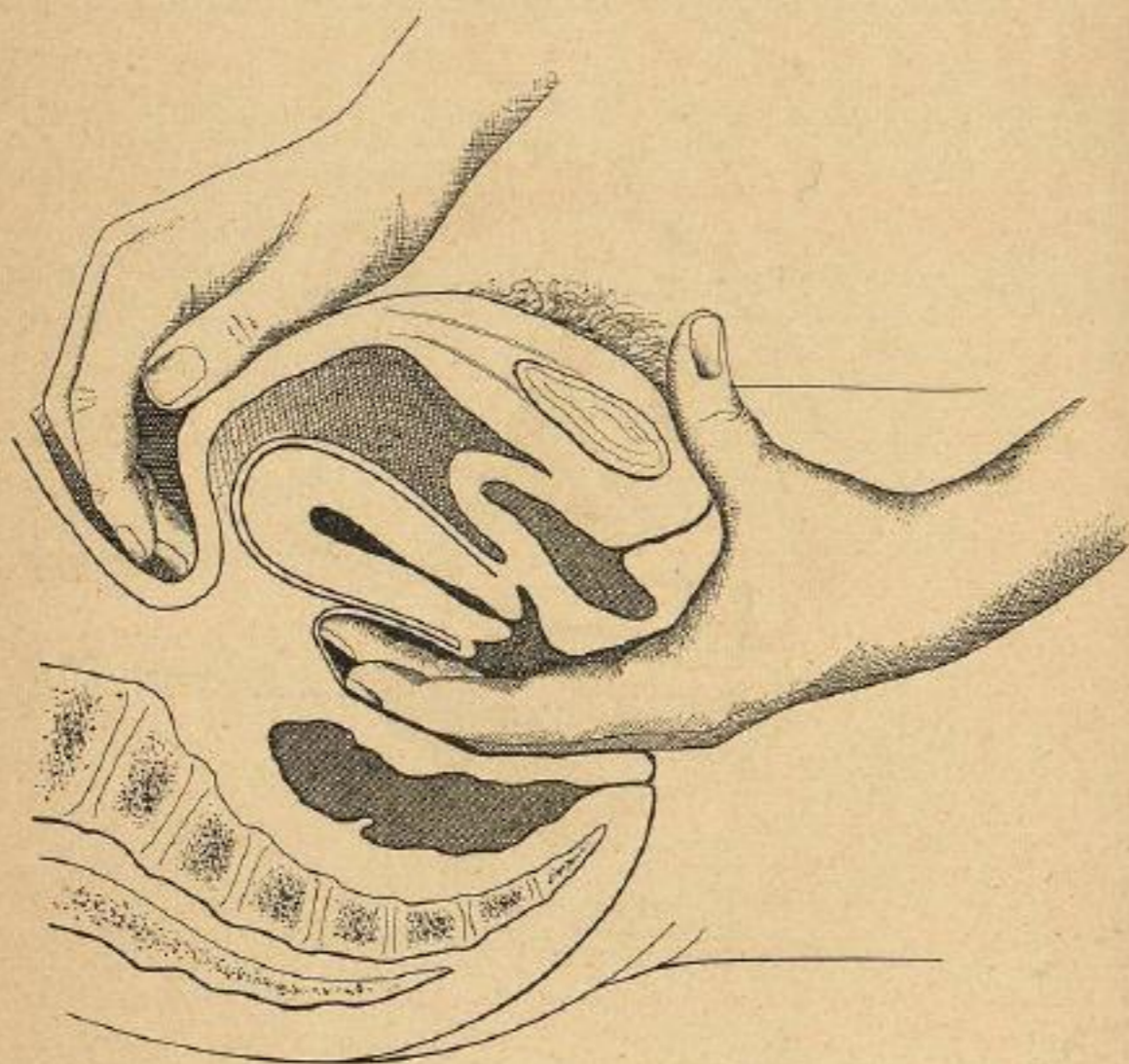


Fig. 382. — Relèvement de l'utérus rétrofléchi, 3^e temps (Schultze).

col en arrière, pendant que le médium, placé dans le rectum, chasse le corps en haut et en avant. La main abdominale termine la manœuvre comme tout à l'heure (fig. 382, 383).

La réduction de l'utérus peut également s'opérer dans la *position latérale* ou *genupectorale*, en cherchant comme précédemment à repousser le corps vers sa position normale. Suivant la nuance de chaque cas, le gynécologue saura varier le procédé et la position de la femme.

Schultze a préconisé la réduction digitale de l'utérus après dilatation préalable de l'organe (fig. 385) qui permet l'introduction de l'index dans sa cavité.

Ce redressement ne peut être accompli que sous le chloroforme, et reste par conséquent limité à des cas spéciaux.

B. *Redressement avec l'hystéromètre.* — L'hystéromètre étant introduit dans l'utérus, la concavité tournée en arrière pour se mouler à la courbe du

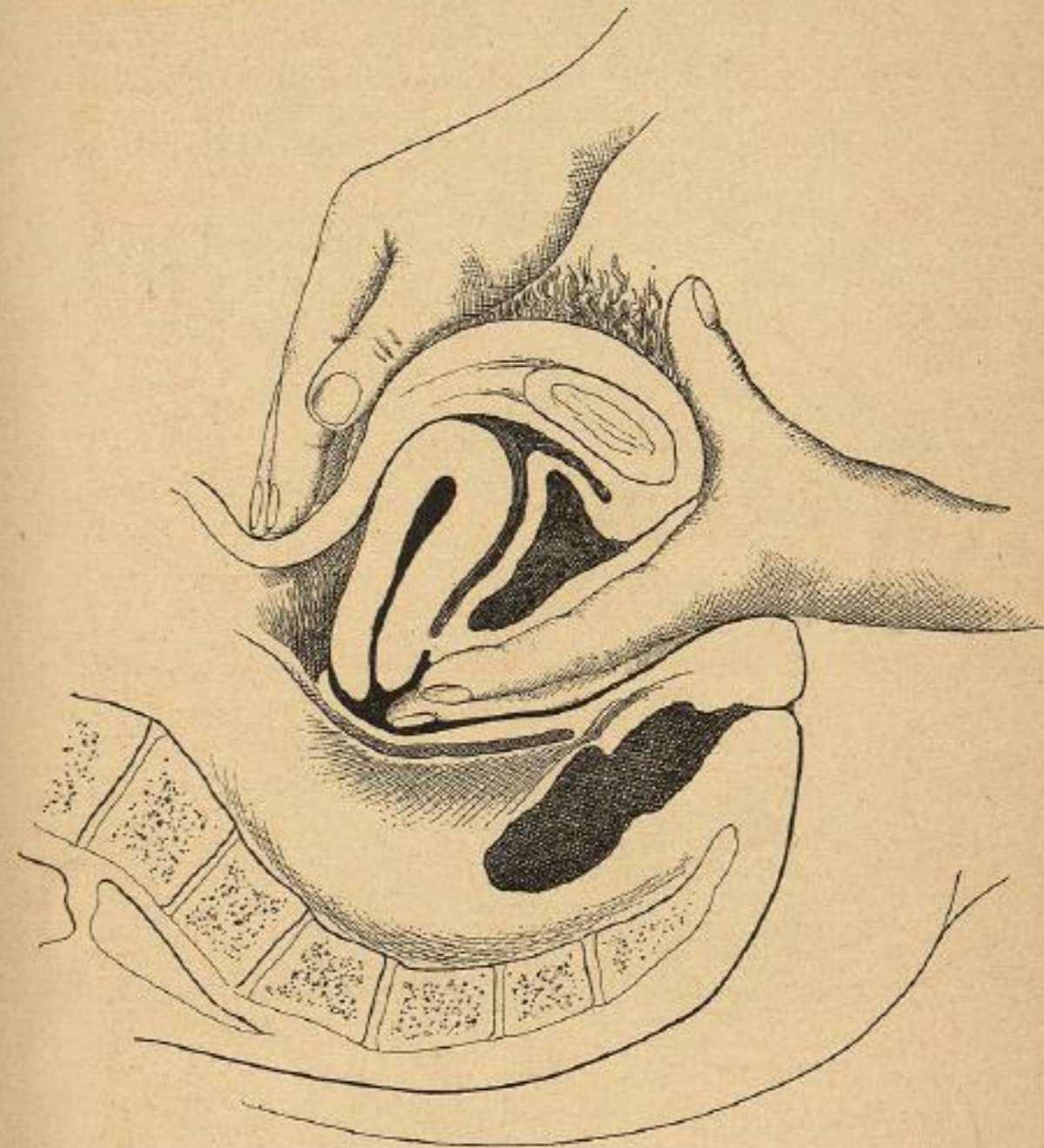


Fig. 383. — Relèvement de l'utérus rétrofléchi, 4^e temps (Schultze).

canal utérin (fig. 386), on lui imprime un mouvement tournant sur lui-même, de manière à ramener sa concavité en avant.

L'utérus obéissant à l'hystéromètre reprend sa direction normale.

D'une façon générale le redressement par les doigts sera préférable à celui opéré à l'aide de l'hystéromètre.

En tout cas, si on fait usage de l'instrument, ce doit être avec beaucoup de douceur pour éviter de blesser l'utérus.

C. Redressement par la position gènupectorale. — Dans certains cas où

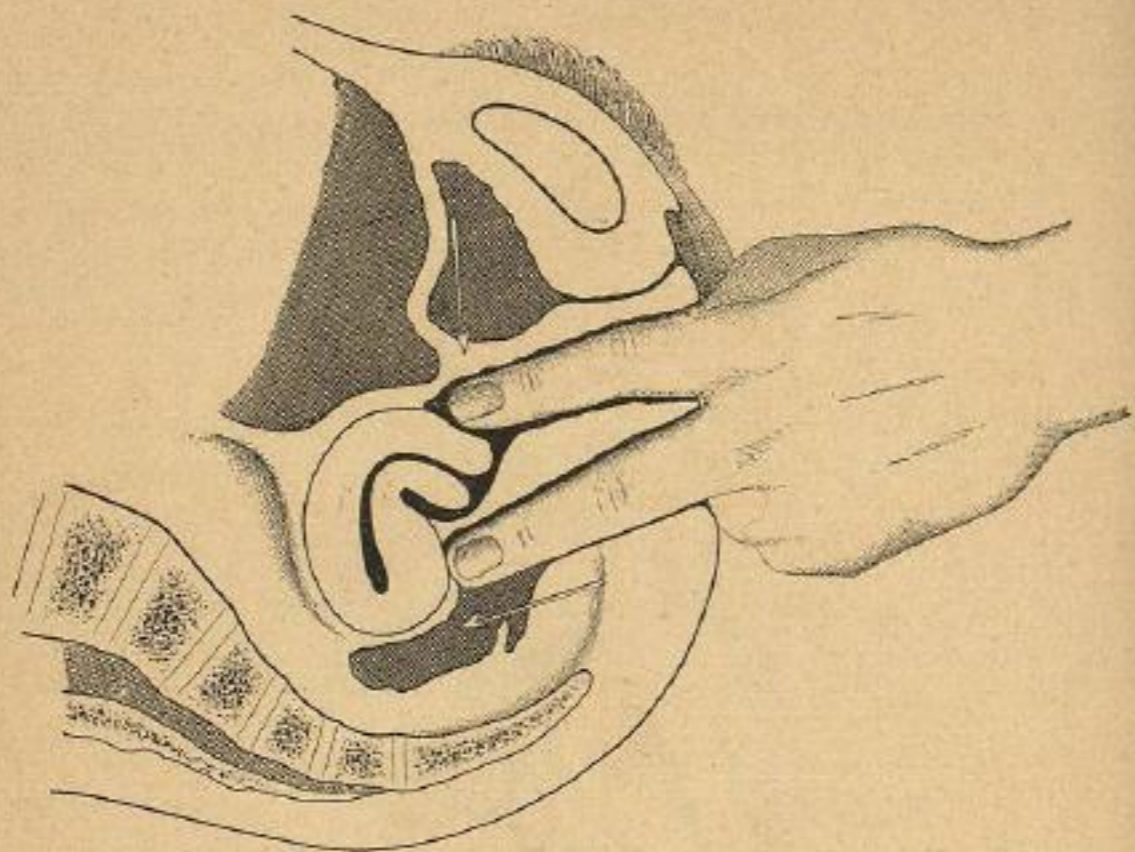


Fig. 384. — Manœuvre vagino-rectale pour redresser l'utérus rétrofléchi.

l'utérus est relativement mobile, la position donnée à la femme peut suffire au redressement de l'organe.

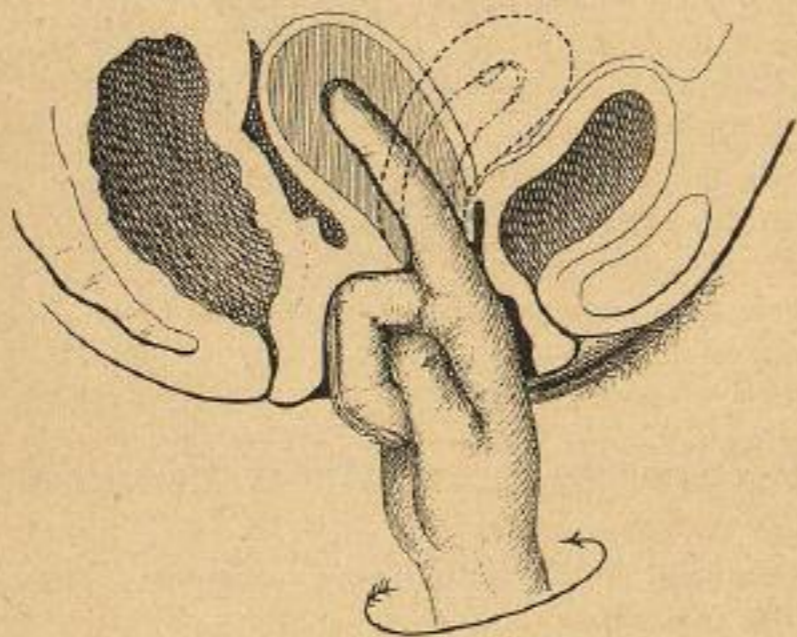


Fig. 385. — Redressement digital de l'utérus rétrofléchi.

Quand la femme est placée dans la position gènupectorale, indiquée par la figure 387 (v. fig. 6, p. 17), l'intestin, attiré par la pesanteur dans la direction de la poitrine, crée une pression négative dans le vagin, d'où pénétration de l'air dans ce canal.

Sous l'influence de la pesanteur, l'utérus, ainsi que l'indique la figure 387, tend à reprendre sa position normale, et y arrive progressivement, alors

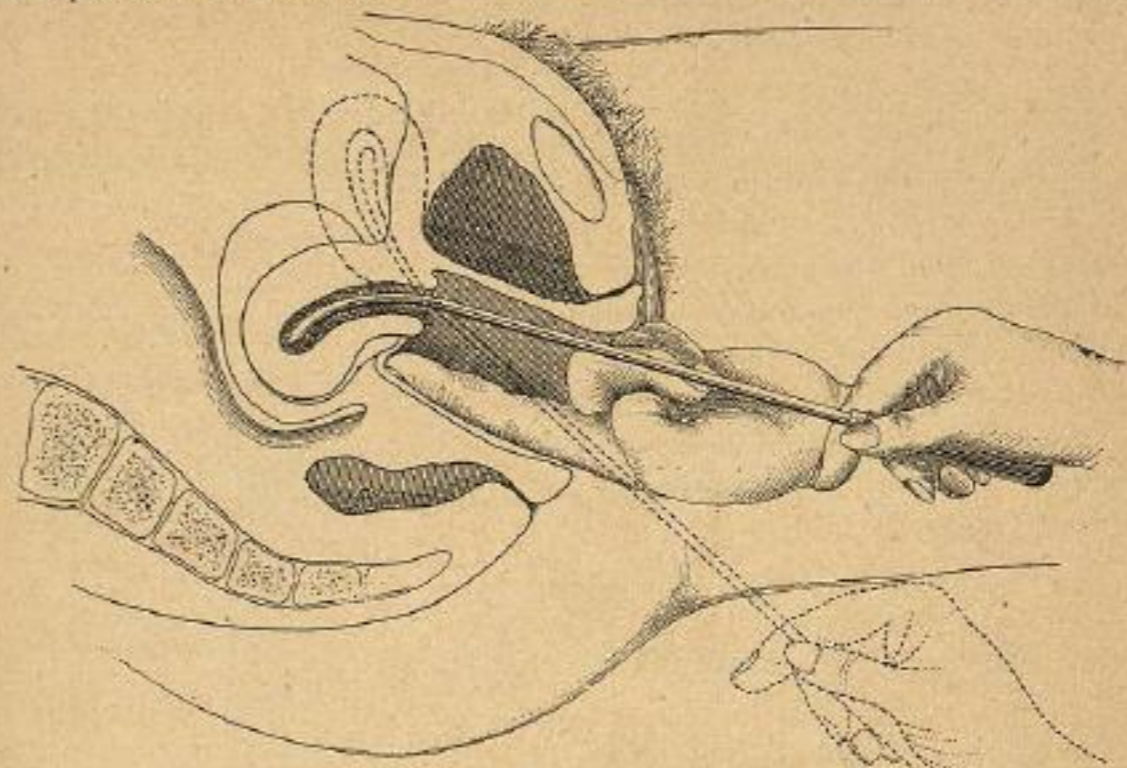


Fig. 386. — Redressement de l'utérus rétrofléchi avec l'hystéromètre (Courty).

qu'il n'existe pas d'adhérences, qui le maintiennent dans sa position vicieuse.

Pour que cette position gènupectorale, encore désignée sous le nom de position de la prière mahométane, se montre réellement efficace, il faut qu'elle soit soigneusement expliquée et spécifiée à la femme. — Il ne suffit pas de dire, en effet, à la patiente de prendre tous les matins pendant un quart d'heure avant de quitter le lit cette posture; il faut la dresser à cette posture.

Sinon la malade se mettra négligemment à genoux sur son lit, dans la position qui lui est le plus commode et n'obéira nullement à l'indication gynécologique.

Il faut, pour que la position gènupectorale soit bien prise, que les cuisses soient perpendiculaires au plan du lit, et que la poitrine, c'est-à-dire les seins, soient au contact de ce même plan; ce n'est qu'à cette double condition que l'inclinaison du bassin est telle qu'elle favorise la réduction de l'utérus.



Fig. 387. — Réduction de l'utérus rétrofléchi ou rétroversé par la position gènupectorale (Skene).

Avant de prendre cette posture, il sera bon que la vessie et le rectum soient vidés, et qu'avant de s'y soumettre, la femme ait eu par conséquent une garde-robe, provoquée au besoin par un lavement; la miction accompagne naturellement la défécation.

On a également conseillé l'introduction préalable d'un spéculum grillagé, ou d'une simple canule vaginale pour permettre l'accès de l'air dans le vagin.

Cette recommandation n'est utile que chez les sujets où l'orifice vulvo-vaginal est étroit et résistant; dans la majorité des cas, l'entrée de l'air s'effectue spontanément, et la précaution indiquée est par là même inutile.

Cette position devra être prise tous les matins avant le lever, et, autant que possible, le soir après le coucher, c'est-à-dire deux fois par vingt-quatre heures, un quart d'heure environ chaque fois.

Elle doit réussir à redresser l'utérus en une quinzaine de jours; si, au bout de ce temps, les résultats étaient nuls, il serait inutile de la continuer plus longtemps.

2^e PESSAIRE ET CEINTURES

L'emploi de *ceintures* est relativement limité dans les cas de rétrodéviations; les types à employer sont les mêmes que pour les antédéviation (v. p. 363). Elles ne peuvent arriver à corriger la déviation utérine, mais en maintenant la masse intestinale, elles atténuent les symptômes qui résultent de la rétro-déviation.

Les *pesaires* conseillés pour remédier aux rétro-déviation sont de trois sortes :

- Les vaginaux ;
- Les intra-utérins ;
- Les vagino-utérins.

Nous ne prendrons dans ces trois variétés que les principaux types.

a. *Pesaires vaginaux*. — Parmi les nombreux pesaires conseillés pour la cure des rétro-déviation nous mentionnerons les trois formes principales, à savoir :

- L'anneau élastique (Dumontpallier, Mayer) ;
- Le pessaire sigmoïde (Hodge, Gaillard-Thomas) ;
- Le pessaire en 8 (Fritsch-Schultze).

L'*anneau élastique* doit être assez résistant pour tendre le vagin; trop souple, il constitue dans le vagin un corps étranger parfaitement inutile et partant plutôt nuisible. La plupart des pesaires livrés par le commerce sont passibles de cette objection, et pour ma pratique, j'en ai fait fabriquer qui présentent la résistance voulue et sans laquelle ils perdent, à mon avis, toute valeur.

Il est nécessaire d'avoir des anneaux de différents calibres (fig. 388).

Le numéro du pessaire indique le diamètre de l'anneau (dimensions extérieures).

Pour introduire l'anneau élastique, alors surtout qu'il offre la résistance voulue, il est bon d'avoir une pince de forme spéciale permettant d'aplatir l'anneau sur lui-même et facilitant ainsi sa pénétration dans le vagin (fig. 389).

Pour introduire l'anneau élastique, l'utérus étant préalablement réduit et la femme placée en position vulvaire, les réservoirs vésical et rectal vidés, on

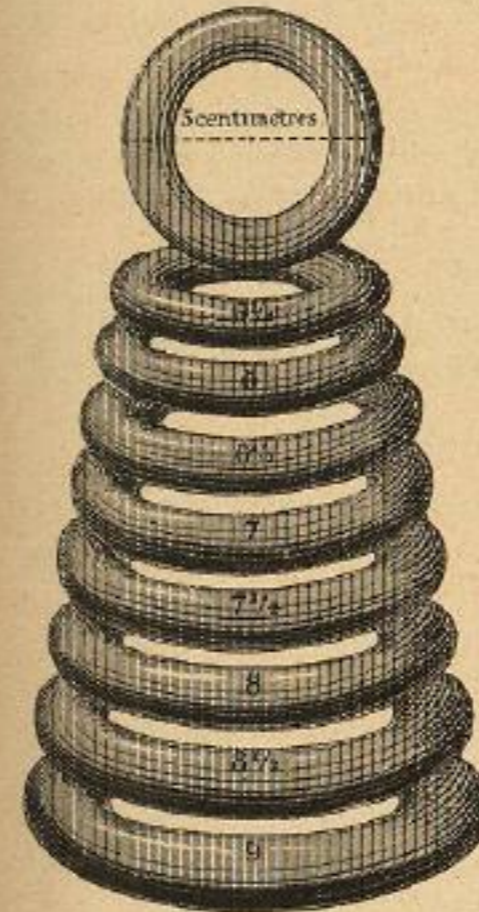


Fig. 388. — Anneaux élastiques.

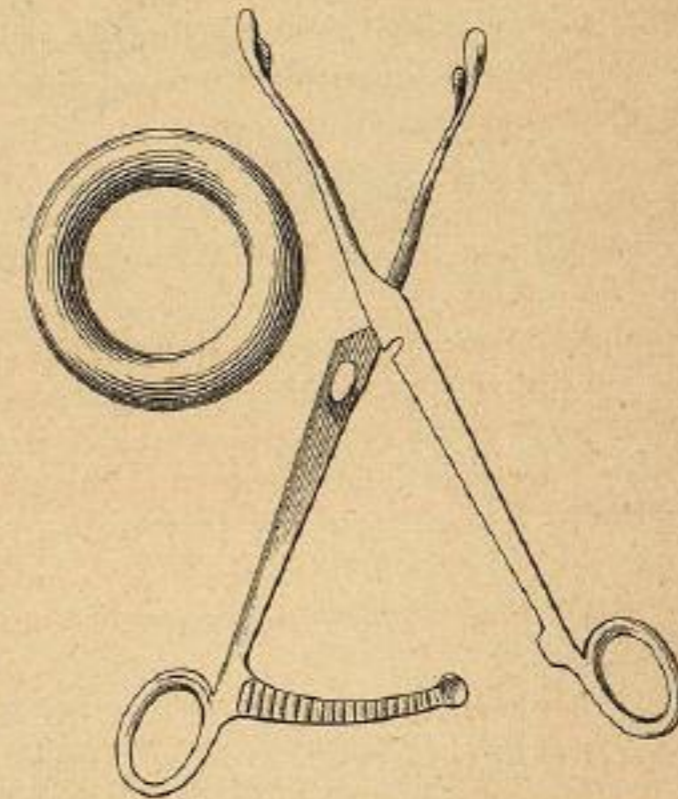


Fig. 389. — Anneau élastique avec la pince pour son introduction.

introduit le pessaire tenu par la pince et recouvert de vaseline jusqu'à ce que son extrémité vienne buter contre le cul-de-sac postérieur (fig. 390).

La résistance qu'on éprouve à la pénétration indique que l'extrémité de l'instrument est arrivée dans ce cul-de-sac; au besoin, on peut s'en assurer par le toucher, car l'instrument vient quelquefois, alors qu'on ne le dirige pas assez en arrière, buter dans le cul-de-sac antérieur.

A ce moment, on désarticule la pince, dont les deux branches peuvent se séparer l'une de l'autre comme celles d'un forceps (fig. 389), et on retire successivement l'une et l'autre branche, en ayant soin de maintenir l'anneau en place avec un doigt appliqué sur sa circonférence antérieure.

Aussitôt la pince retirée, on pratique le toucher pour vérifier si l'anneau entoure bien le col et si son extrémité est au contact du cul-de-sac postérieur (fig. 391).

La femme se lève, fait quelques pas, et s'assure que l'appareil ne la gêne