

importants dont il a été question à la symptomatologie, et qui peuvent se terminer de différentes façons :

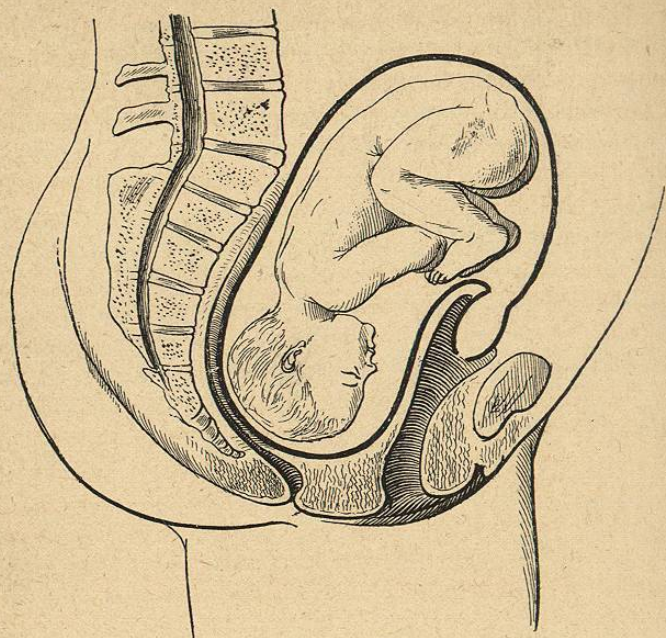


Fig. 367. — Dilatation sacciforme (d'après OLDHAM).

a *Terminaison au point de vue de la déviation.* — Tantôt il y a avortement spontané ou provoqué; nous verrons au traitement qu'on est parfois obligé d'avoir recours à ce mode d'intervention.

Tantôt, l'avortement ne se produisant pas, il y a, soit :

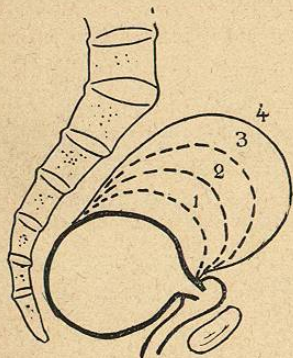


Fig. 368. — Dilatation sacciforme faisant suite à la rétrodéviat.

1° Réduction spontanée à la suite de cathétérismes répétés de la vessie, ou à la suite d'une intervention spéciale, destinée à remettre l'utérus en place.

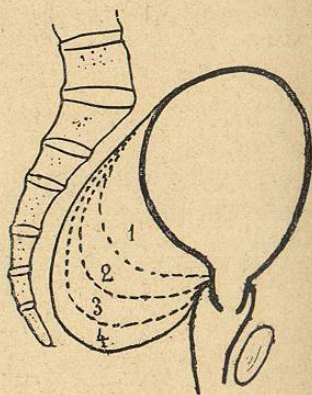


Fig. 369. — Dilatation sacciforme sans rétrodéviat préalable.

2° *Semi-réduction. Dilatation sacciforme.* — Cet état spécial de l'utérus est expliqué par la figure 367. Il se produit progressivement à la suite de la rétrodéviat (fig. 368) par développement de la paroi de l'utérus regardant l'abdomen, jusqu'à arriver à la conformation de la figure 367. — Cette variété de la dilatation sacciforme doit être distinguée au point de vue pathogénique de celle qui se produit à la fin de la grossesse sans rétrodéviat préalable, et qui est causée par l'ampliation du segment postéro-inférieur de l'utérus, ainsi que l'indique la figure 369.

3° *Pas de réduction.* — L'enfant meurt et l'avortement se produit après un temps variable (*missed labour*).

b. *Terminaison au point de vue de la patiente.*

*Guérison*, après réduction ou avortement.

*Mort*, qui peut se produire avant ou après réduction, par septicémie, cystite gangreneuse avec ou sans rupture de l'organe, par rupture de la paroi postérieure du vagin, du rectum et du périnée, le fond de l'utérus venant faire hernie au dehors, enfin par complication rénale (pyélite, pyélonéphrite).

*Diagnostic.* — L'accoucheur, mis sur la voie du diagnostic par un examen fortuit (période de liberté) ou par les troubles urinaires (période d'incarcération), devra se demander s'il ne s'agit pas d'un *fibrome utérin*, d'un *kyste de l'ovaire*, d'une *grossesse extra-utérine*, d'une *hématocèle rétro-utérine*, d'une *pelvi-péritonite*; l'étude attentive des commémoratifs, et les caractères de la tumeur, après l'évacuation de l'urine, permettront le plus souvent de résoudre la question.

*Pronostic.* — Le pronostic est en général assez sérieux; il est d'autant plus grave que la grossesse est plus avancée et que la période d'incarcération dure depuis plus longtemps sans soins médicaux éclairés. Après une dizaine de jours écoulés sans traitement, éclatent des accidents vésicaux rapidement mortels.

*Étiologie et pathogénie.*

*Rétrodéviat primitive*, existant avant la grossesse, persiste après la conception; et en l'absence de réduction arrive à la période d'incarcération.

*Rétrodéviat secondaire*, c'est-à-dire n'existant pas au moment de la conception; différentes causes ont été incriminées, sans qu'aucune d'elles puisse être exclusivement acceptée ;

a. *Type lent :*

1° Cause urinaire : rétention d'urine ;

DENMAN, la rétention est la cause de la rétrodéviat ;

HUNTER, elle en est au contraire l'effet.

2° Cause fécale : constipation exagérée (Barnes) ;

3° Cause utérine ;

Insertion du placenta sur la paroi postérieure de l'utérus; ou fibrome existant dans cette même région;

Adhérences consécutives à une pelvi-péritonite.

b. *Type brusque :*

1° Soit un effort ;

2° Soit une pression énergique sur l'abdomen (traumatisme, chute).



**Traitement :**

*S'il n'y a pas incarceration*, la miction et la défécation sont normales ; l'intervention doit être nulle, ou on essaiera, par de légères pressions exercées avec le doigt dans le cul-de-sac postérieur, de remettre l'utérus en place ; dans le même but, on pourra faire placer la femme vingt minutes matin et soir sur son lit, dans la position gènepectorale, pour favoriser la réduction spontanée de l'utérus. En tout cas, si on a constaté une rétro-déviation, prévenir de la possibilité d'accidents, dont la rétention d'urine constitue le principal.

Quand l'*incarcération existe*, trois conduites à suivre : *expectation, réduction manuelle ou instrumentale, avortement provoqué.*

1° *Expectation.* — L'expectation simple, aidée du *cathétérisme* régulier de la vessie, pratiqué trois fois par jour, suffit, dans la majorité des cas, pour amener, en huit ou quinze jours, la réduction spontanée de l'utérus rétro-

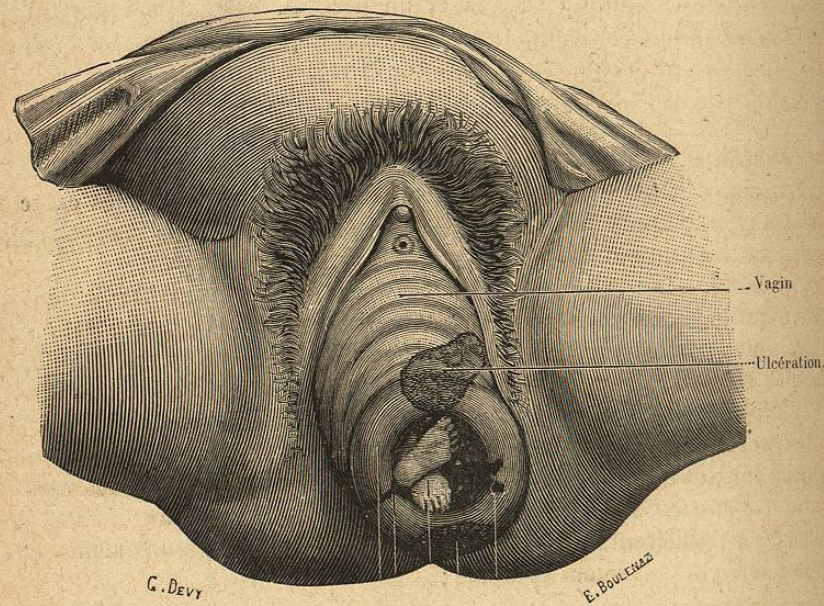


Fig. 370. — Prolapsus de l'utérus gravide. (BUDIN.)

dévié. Aussi, à moins d'accidents sérieux, c'est à cette méthode qu'il faudra simplement avoir recours. Ne pas oublier de surveiller et de favoriser les évacuations rectales.

2° *Réduction.* — La réduction manuelle ou digitale se fera à l'aide d'un ou deux doigts introduits soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit dans l'un et l'autre à la fois ; les doigts vaginaux abaissant le col, pendant que les rectaux repoussent le corps (méthode bimanuelle). La femme sera laissée dans le décubitus dorsal, ou placée dans la position latérale, parfois dans la position gènepectorale. Dans les cas difficiles, et quand la patiente est indocile, pusillanime, on ne craindra pas d'employer le chloroforme. Si la

femme est endormie, on pourra, surtout chez les multigestes, introduire toute la main dans le vagin pour faciliter la manœuvre de la réduction. Un long bain sera une bonne préparation à toute tentative thérapeutique.

On a également conseillé de se servir d'instruments, telle la *baguette d'Evrat*, sorte de baguette de tambour dont l'extrémité rembourrée vient repousser le corps de l'utérus par le vagin ou le rectum. Les doigts sont préférables. — Parfois, l'introduction dans le rectum d'un ballon de caoutchouc, qu'on laisse gonflé pendant vingt-quatre heures, suffit à amener la réduction graduelle de l'utérus, et ce moyen doux peut réussir alors que les violents ont échoué.

La réduction obtenue, on prévient le retour de la rétro-déviation, non à l'aide d'un pessaire, mais en maintenant pendant une quinzaine la femme au lit, et en l'empêchant de se coucher sur le dos.

3° *Avortement provoqué.* — Dans les cas où la réduction est impossible, et où la gravité des accidents nécessite une intervention prompte, il ne faudra pas hésiter à provoquer l'avortement, en introduisant une sonde mousse dans l'utérus, après avoir au besoin ponctionné l'organe gestateur avec un trocart capillaire, afin de rendre le col le plus facilement accessible<sup>1</sup>.

**Aphorismes :**

*Les déviations utérines sont intra-pelviennes pendant les trois premiers mois de la grossesse, et au contraire sus-pelviennes ou abdominales pendant les six derniers mois.*

*Ce sont les troubles de la miction qui révéleront la déviation de l'utérus pendant le premier trimestre de la grossesse, de même que le défaut d'accommodation du fœtus celle des derniers temps de la grossesse.*

16. **PROLAPSUS UTÉRIN.** — Le prolapsus peut exister complet ou incomplet à toutes les périodes de la grossesse, qu'il succède à un prolapsus antérieur, ou qu'il se produise pendant la gestation à la suite d'un effort violent. La figure 370 donne l'idée d'un prolapsus complet chez une femme à terme. C'est là une affection exceptionnelle ; pendant la grossesse l'utérus en se développant corrige plutôt la tendance qu'il peut avoir à tomber. — Traitement : réduction de l'utérus avec son contenu ; si impossibilité, évacuer préalablement le contenu (avortement provoqué) pour procéder ensuite à la réduction.

17. **RUPTURES UTÉRINES.** — Les ruptures de l'utérus pendant la grossesse et le postpartum sont relativement très rares ; les seules qui nous intéressent au point de vue pratique sont les ruptures de l'utérus pendant l'accouchement ; nous les étudierons avec les accidents de l'accouchement (Chapitre XIV).

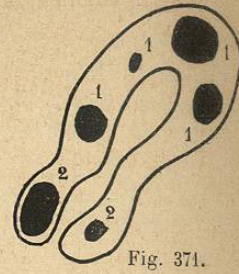
<sup>1</sup> La *laparotomie*, destinée à permettre la réduction de l'utérus à l'aide de la main introduite dans la cavité abdominale, est un moyen généralement rejeté, mais qui cependant, avec les progrès de la chirurgie abdominale, est peut-être appelé à rendre de réels services dans quelques cas exceptionnels. Je ne fais que mentionner la *symphyséotomie*, proposée pour agrandir la place dans laquelle doit basculer l'utérus.



CLASSIFICATION DES FIBROMES

1° Interstitiels :

- 1° Du corps. } Fig. 371.
- 2° Du col. }



2° De la surface interne de l'utérus. — Fibromes sous-muqueux. — Polypes<sup>1</sup>.

1° De la cavité somatique :

- A. Habitat somatique (fig. 372).
- B. Habitat cervical (fig. 373).
- C. Habitat vaginal (fig. 374).



Fig. 372.



Fig. 373.



Fig. 374.

2° De la cavité cervicale :

- A. Habitat cervical (fig. 375).
- B. Habitat vaginal (fig. 376).

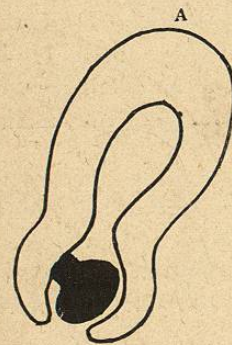


Fig. 375.



Fig. 376.

<sup>1</sup> La dénomination du *polype* ne s'applique, dans le sens classique, qu'aux fibromes pédiculés faisant saillie à la surface interne des organes génitaux ; c'est à tort, car les tumeurs pédiculées sous-séreuses seraient également bien dénommées *polypes sous-séreux*.

3° De la surface externe de l'utérus

1° Paroi antérieure (fig. 377) :

A. Corps.

- 1° Fibromes sous-péritonéaux.

B. Col.

- 1° Sous-péritonéaux.
- 2° Sous-viscéraux.
- 3° Intra-vaginaux.

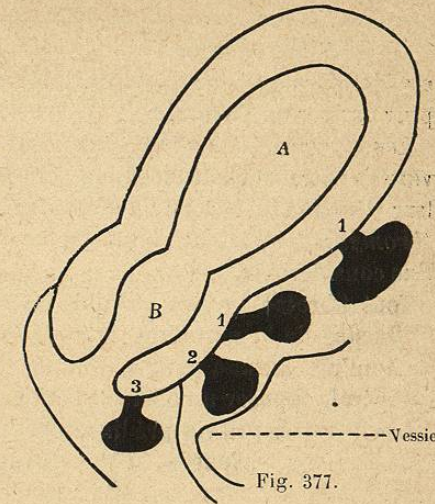


Fig. 377.

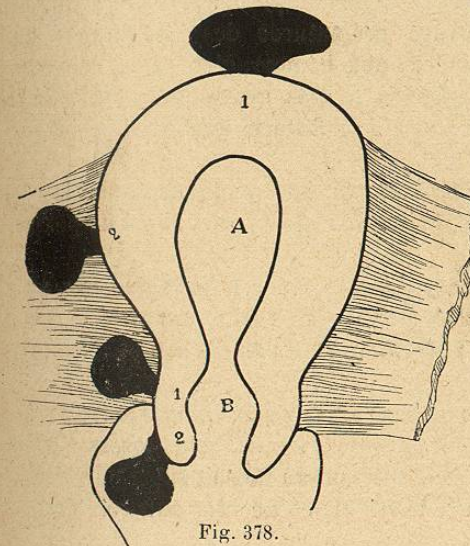


Fig. 378.

2° Paroi latérale (fig. 378) :

A. Corps.

- 1° Sous-péritonéaux.
- 2° Intra-ligamenteux.

B. Col.

- 1° Intra-ligamenteux.
- 2° Intra-vaginaux.

3° Paroi postérieure (fig. 379) :

A. Corps.

- 1° Sous-péritonéaux.

B. Col.

- 1° Sous-péritonéaux.
- 2° Intra-vaginaux.

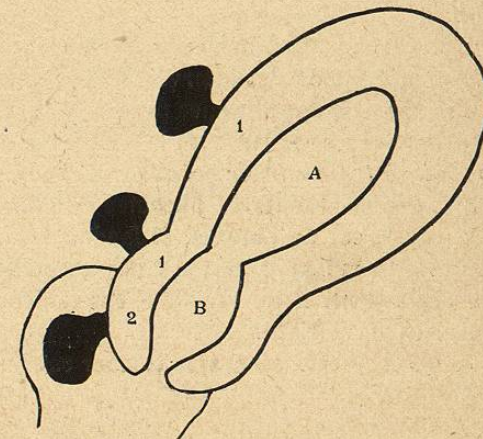


Fig. 379.