

à cause de la grande surface d'absorption. Il faut donc toujours à la suite de son emploi faire une irrigation à l'eau filtrée et bouillie, simplement aseptique. Pour une désinfection énergique, je me suis bien trouvé d'injections au permanganate de potasse (solution de couleur rouge cerise); comme désodorant, on peut les faire suivre d'injections à la liqueur de Labarraque ou au vinaigre de Pennès (une ou deux cuillerées par litre).

Je ne saurais trop insister sur le grand bénéfice qu'on retire, dans les cas d'intoxication septicémique aiguë, d'un pansement de la cavité utérine, avec des bandelettes de gaze iodoformée qu'on laissera séjourner de 24 à 48 heures. C'est un moyen de désinfection énergique et rapide. Ce tamponnement antiseptique de l'utérus a été recommandé par Fritsch<sup>1</sup>, après le curage du cancer, à la fois comme antiseptique et comme hémostatique.

Tamponnement  
antiseptique.

<sup>1</sup> H. FRITSCH. *Die Krankh. der Frauen*, 1886, p. 77.

## LIVRE VI

### DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

Considérations générales sur la statique de l'utérus. — Division des déplacements utérins. — Aperçu historique.

L'utérus est solidement fixé en arrière par les ligaments utéro-sacrés qui attachent, au niveau du col, leurs faisceaux inextensibles et résistants. Les connexions avec la vessie en avant, avec les ligaments larges et les ligaments ronds sur les côtés, servent bien moins à le soutenir qu'à l'orienter, si l'on peut ainsi dire, et à le maintenir dans la position d'antécourbure qu'il conserve, comme un vestige de sa situation fœtale<sup>1</sup>. La tonicité du plancher pelvien, dont l'occlusion normale du vagin fait disparaître le seul point faible, empêche la pression intra-abdominale de s'exercer dans le sens de la pesanteur : elle s'équilibre sur toute sa surface, et l'utérus flotte comme suspendu au milieu des organes du petit bassin qui lui forment, de tous côtés, des coussinets élastiques. On se rend bien compte de cette statique particulière lorsqu'on abaisse l'utérus artificiellement : jusqu'au moment où les ligaments utéro-sacrés sont tendus et s'opposent à une descente ultérieure, l'utérus cède à la traction avec la douce résistance d'un corps qui nage entre deux eaux.

Considérations  
générales sur  
la statique de  
l'utérus.

La réplétion de la vessie porte la matrice en haut et en arrière, en effaçant momentanément son antécourbure qui reparait et s'exagère, lorsque le réservoir urinaire est vide. La réplétion de l'ampoule rectale pousse l'utérus directement en avant et en haut : mais à l'état physiologique, elle est rarement assez prononcée pour que son action soit notable. Il n'en est pas de même de celle de la vessie, et les habitudes sociales, qui deviennent vite des habitudes organiques, l'exagèrent encore.

En somme, il existe pour l'utérus un seul point à peu près fixe,

<sup>1</sup> La connaissance de cette antécourbure normale est de date assez récente : elle est due à VELPEAU et à ses élèves. VELPEAU. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1849-1850, t. XV, p. 72. — L. PIACHAUD. *Les déviations de l'utérus à l'état de vacuité*. Thèse de Paris, 1852. — C. F. BOELLARD. *Quelques mots sur l'utérus*. Thèse de Paris, 1853 n° 87.

c'est l'attache des ligaments postérieurs: comme elle se fait au niveau du point où l'organe est le plus mince, on voit qu'il représente à peu près, au point de vue statique, une pyramide posée sur sa pointe. Cette situation paradoxale n'existe pas chez les animaux. Elle s'explique par l'attitude de l'espèce humaine, qui constitue une anomalie dans le règne animal.

Si l'on considère les changements considérables de volume, de

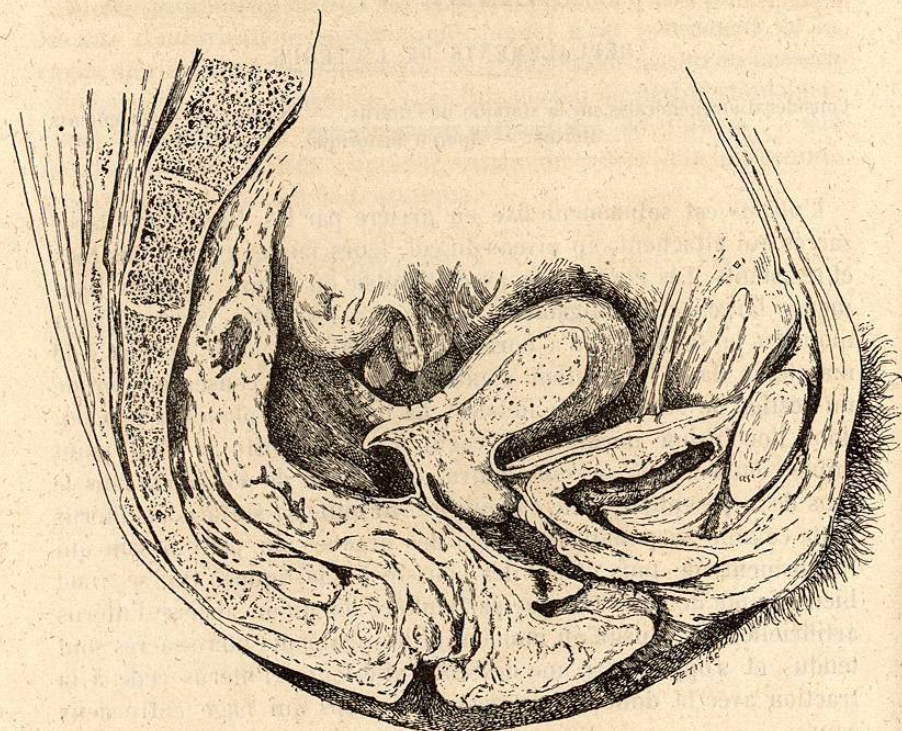


Fig. 215. — Position de l'utérus, la vessie vide.

forme et de consistance, subis par l'utérus à chaque grossesse; les altérations et les lésions que l'accouchement peut infliger aux organes voisins, ligaments, muscles, séreuse; et enfin l'influence que les efforts de toutes sortes peuvent exercer sur un équilibre aussi instable, on sera surpris, non que les déplacements de l'utérus soient aussi fréquents, mais qu'ils ne le soient pas davantage.

Je décrirai d'abord les déplacements qui se produisent, suivant les plans verticaux, auxquels on a réservé le nom de *déviations*, comprenant les *flexions* et les *versions*; j'étudierai ensuite ceux qui se produisent selon les plans horizontaux, *élévation*, *abaissement* ou *prolapsus*, *inversion*.

**Division.** — On divise communément les déplacements, suivant les plans verticaux en *versions* et en *flexions*, selon que l'organe est dévié en totalité ou que le corps seul est dévié et, par suite, fléchi sur le corps. Il y a une *anté* et une *rétroversion*, une *anté* et une *rétroflexion*, une *latérotation* et une *latérotation*. Ces dernières sont très rares à l'état de simplicité, mais se combinent souvent avec les précédentes. Je me bornerai pour elles à cette simple mention. Quand l'utérus est déplacé en masse en avant ou en arrière, on dit qu'il est en *anté* ou

Division des déplacements utérins.

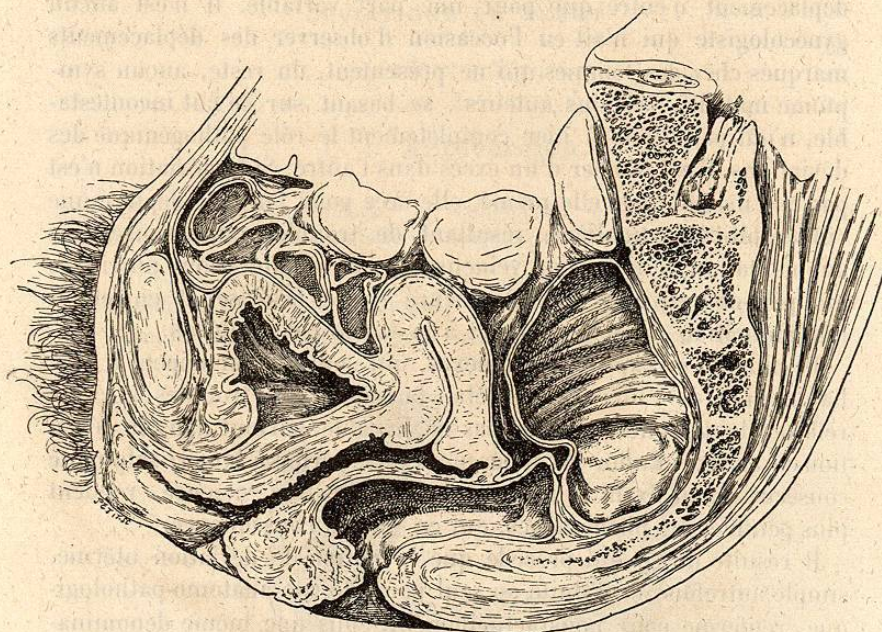


Fig. 214. — Position de l'utérus, la vessie en état de moyenne réplétion (Waldeyer).

en *rétoposition*; ces mots n'ont qu'une valeur descriptive et nullement nosologique.

**Aperçu historique.** — L'histoire des déviations utérines a passé par bien des phases successives. Méconnues avec Récamier, à une époque où l'on attribuait le principal rôle des maladies utérines sans néoplasme à l'*abaissement*, reléguées au second plan par Récamier et Lisfranc, en faveur des *ulcérations*, les *versions* et *flexions* prirent, au contraire, avec Velpeau la première place, en pathologie utérine<sup>1</sup>. Leur rôle fut considérablement exagéré alors, jusqu'au moment où Gosselin<sup>2</sup> provoqua une réaction, en faveur de la *métrite*. Actuelle-

Aperçu historique.

<sup>1</sup> On doit une simple mention au travail antérieur de HERVEZ DE CHÉGOIX. *De quelques déplacements de la matrice et des pessaires les plus convenables pour y remédier.* (Mém. de l'Acad. de méd. de Paris, 1833, t. II, p. 139.)

<sup>2</sup> GOSSELIN. *Arch. gén. de méd.*, 1845, t. II, p. 129.

ment, la gynécologie, devenue plus analytique et partant plus éclectique, tend à rendre à chacun de ces états morbides la place qui lui est due; elle fait, en outre, intervenir des éléments nouveaux ou à peu près ignorés jusqu'ici, résultant de l'état pathologique des annexes.

On sait maintenant que la déviation de l'utérus ne constitue pas à elle seule une maladie, mais seulement un facteur, ou, pour mieux dire, un coefficient d'un état morbide complexe, dans lequel le déplacement n'entre que pour une part variable. Il n'est aucun gynécologiste qui n'ait eu l'occasion d'observer des déplacements marqués chez des femmes qui ne présentent, du reste, aucun symptôme maladif. Certains auteurs<sup>1</sup>, se basant sur ce fait incontestable, n'ont pas hésité à nier complètement le rôle pathogénique des déviations. C'est tomber d'un excès dans l'autre. Si la déviation n'est pas une maladie par elle-même, elle crée pour l'organe déplacé une vulnérabilité particulière, résultant de troubles circulatoires par augmentation de la tension veineuse et par les altérations nutritives qui peuvent en être la conséquence<sup>2</sup>; elle favorise et entretient l'inflammation dans la cavité et à la surface de l'utérus.

De plus, le prolapsus des annexes, qui souvent participent à l'inflammation de l'utérus, peut être la source de troubles nerveux réflexes dont l'influence n'est pas négligeable, surtout dans la déviation en arrière. Enfin, les adhérences dues parfois à la péri-salpingite consécutive, en fixant la matrice dans sa position vicieuse, rendent plus pénibles les phénomènes, qui en sont la conséquence.

Il résulte de ce qui précède que la notion de déviation utérine, simple autrefois, et réduite au seul point de vue anatomo-pathologique, renferme pour nous actuellement, sous une même dénomination clinique, des éléments complexes dont le traitement doit tenir compte autant et parfois plus que des changements dans l'axe de l'organe, à savoir: la métrite, le prolapsus des annexes saines ou enflammées, la péri-salpingite, et enfin, dans une large mesure, surtout au début, l'excès de mobilité utérine, due à la laxité ligamentaire.

<sup>1</sup> J. MATTHEWS DUNCAN. *Clin. lectures on the diseases of women*, Londres, 3<sup>e</sup> édit., 1886 (Leçons 44 et 45). — VEDELER (*Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXVIII, Heft 2, p. 228) soutient que la rétroflexion n'a qu'un intérêt anatomo-physiologique et nullement anatomo-pathologique. Sur 313 cas de rétroflexion, 40 femmes sur 100 ne présentaient aucun symptôme morbide, et chez 60 malades, il s'agissait de troubles attribuables à l'état nerveux, à la gonorrhée, etc.

<sup>2</sup> MARY PUTNAM JACOBI. *Notes on uterine versions and flexions* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 225). — Cet article contient des considérations intéressantes, quoique d'une ingéniosité parfois trop théorique, sur la pathogénie des déviations et sur la physiologie pathologique des troubles qu'elles entraînent.

## CHAPITRE I

### DÉVIATIONS EN AVANT

#### I. — Antéversion.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic avec : corps fibreux; exsudat inflammatoire ou sanguin; antéflexion. — Traitement.

Anatomie pathologique. Étiologie. — La courbure normale de l'utérus coïncide assez sensiblement avec l'axe curviligne de la filière

Anatomie pathologique et étiologie.

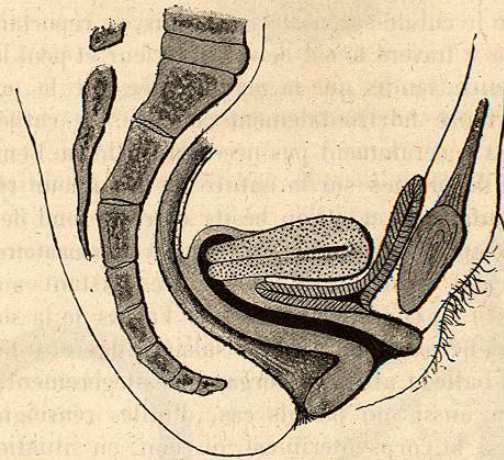


Fig. 215. — Antéversion de l'utérus.

pelvienne. Dans l'antéversion, cette courbure est redressée et l'organe tombe en avant, se couche derrière le pubis, sur la vessie; le col se porte directement en arrière (fig. 215). L'utérus est alors ordinairement augmenté de volume par un certain degré de métrite. Il existe souvent un exsudat périmétritique vers un des pôles de l'organe, soit en avant au niveau du fond, soit en arrière au niveau du col, qui fixe l'utérus dans sa mauvaise position.