

chute complète de l'utérus; la muqueuse vaginale ayant pris les caractères de la peau, fait ressembler le corps et le col de l'utérus au membre viril; l'orifice du museau de tanche répondant au méat urinaire et le col de l'utérus plus ou moins arrondi au gland.

**Pronostic. Traitement.** La descente de l'utérus est très-difficile à guérir, et d'autant plus que l'affection est à un degré plus prononcé. Le pronostic

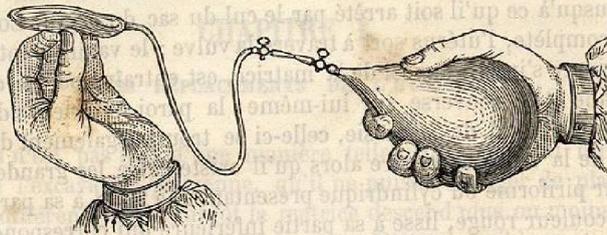


Fig. 297.

en est moins grave hors l'état de gestation que pendant la grossesse (voyez, pour ce dernier point, les traités d'obstétrique).

Le traitement est palliatif ou curatif.

La première indication à remplir est de ramener l'utérus à sa situation normale. Cette réduction est facile la plupart du temps; chez beaucoup de femmes elle s'opère par le fait seul du décubitus horizontal, aidé ou non d'une pression légère exercée sur la tumeur. Lorsque celle-ci est ancienne,

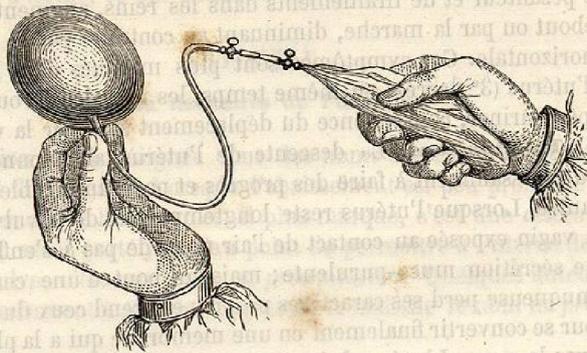


Fig. 298.

elle peut avoir acquis un assez grand volume pour être irréductible; il faut alors chercher à obtenir une diminution dans le volume par le repos au lit, des fomentations émollientes ou résolutives, ou même par l'application de quelques sangsues sur le col. La réduction de l'utérus obtenue, il faut chercher à la maintenir. Les appareils employés dans ce but sont des *pessaires*. Il en est de diverses formes. Ceux qu'on emploie aujourd'hui sont en caoutchouc. On les insuffle avec de l'air après les avoir introduits dans le vagin vides de gaz, c'est-à-dire sous un petit volume, ainsi qu'on le voit

figures 297 et 298. Pour empêcher les viscères abdominaux de peser sur l'utérus, on soutient la paroi abdominale, au-dessus du pubis avec une ceinture *hypogastrique* (fig. 299). On a proposé de mettre obstacle à une nouvelle descente de l'utérus, par l'une des opérations suivantes qui rentrent dans la classe des moyens appartenant à la *cure radicale*:

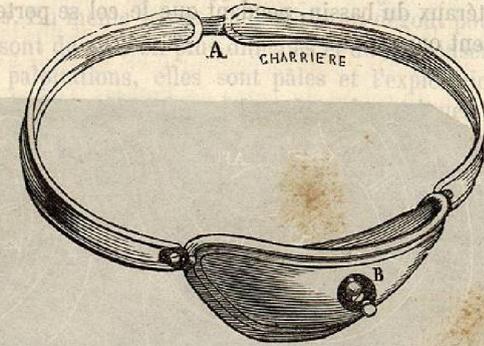


Fig. 299.

Girardin et Laugier *rétrécissent* le vagin, en portant un caustique ou le cautère actuel sur les deux côtés de ce canal. Quelques autres chirurgiens ont conseillé, dans le même but, de pratiquer une *excision partielle* et longitudinale de quelques plis du vagin. Bellini a fait la *ligature* de quelques lambeaux de la muqueuse vaginale, et Desgranges (de Lyon) s'est servi de grosses *serre-fines* avec lesquelles il saisit huit ou dix plis du vagin, après avoir bien réduit l'utérus. Fricke de Hambourg a proposé d'aviver la face interne des deux tiers postérieurs de la vulve par l'excision d'une bandelette tégumentaire, et de réunir la plaie par trois ou quatre points de suture simple; opération que l'on a désignée sous le nom d'*épisiographie*.

## ARTICLE II.

## Des déviations de l'utérus.

L'utérus est dévié toutes les fois que l'axe de cet organe ne correspond plus soit dans sa totalité, soit en partie, à l'axe du détroit supérieur du bassin.

**Espèces.** Il y en a six principales: l'antéversion, l'antéflexion, la rétroversion, la rétroflexion, la latéro-version et la latéro-flexion. Chacune de ces espèces exige une définition spéciale:

1° *L'antéversion* (VA, fig. 300) est cette déviation dans laquelle le corps de l'utérus est porté en avant vers le pubis, sans flexion de l'organe, pendant que le col est porté plus ou moins fortement en arrière et en haut. C'est la plus fréquente de toutes les déviations de l'utérus.

2° *L'antéflexion* (AF, fig. 300) diffère de l'antéversion en ce que le corps de l'utérus est couché en avant vers le pubis, pendant que le col conserve sa direction ou se porte même un peu en avant.

3° Dans la *rétroversion* (RV, fig. 300), la matrice est plus ou moins renversée en arrière, de telle sorte que le col se porte vers le pubis et le corps vers le sacrum.

4° La *rétroflexion* (RF) diffère de la rétroversion en ce que le corps de

l'utérus se porte en arrière et plus ou moins bas, pendant que le col reste dans sa direction normale, se porte dans l'axe du vagin, ou même en arrière.

5° Dans la *latéro-version*, le fond de l'utérus s'incline vers un des côtés latéraux du bassin, pendant que le col se porte vers un point diamétralement opposé.

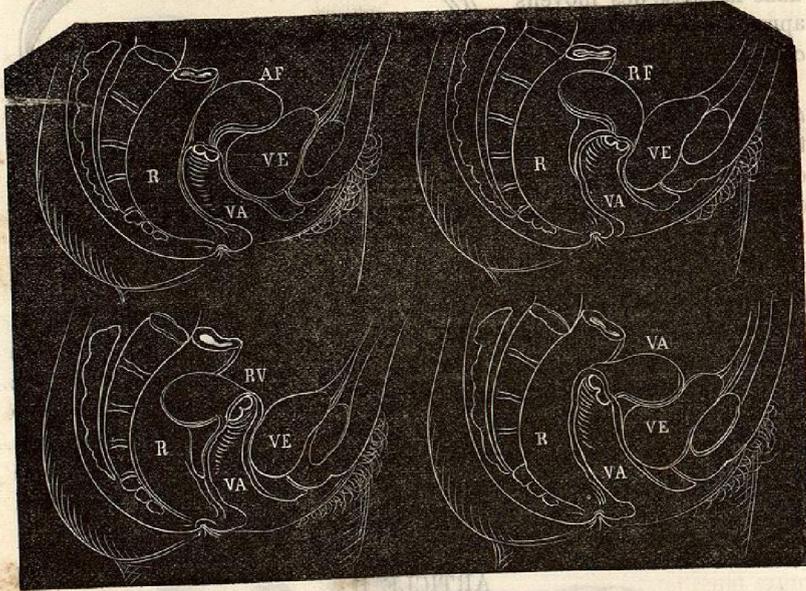


Fig. 300.

6° Enfin dans la *latéro-flexion*, le col conservant à peu près sa situation normale, le corps de l'utérus s'incline sur l'un des bords de l'organe.

**Causes.** Les déviations de l'utérus se rencontrent presque toujours chez des femmes jeunes; elles sont quelquefois, et ceci s'applique surtout à l'antéflexion, *congénitales* (Boullard, Kiwisch, Huguier); ou bien elles résultent d'une déformation et d'un développement défectueux de l'utérus (Kiwisch). Le travail de l'accouchement et surtout un travail pénible, la marche trop prompte après l'accouchement, de grands efforts musculaires, les inflammations aiguës et chroniques de l'utérus, les tumeurs fibreuses et les polypes de l'organe, les tumeurs qui se développent dans le voisinage, les adhérences entre l'utérus et les organes voisins par péritonite partielle, prennent une large part dans le développement de la maladie.

**Symptômes.** Nous examinerons d'abord les *troubles fonctionnels*. L'affection débute par une sensation de gêne dans le bas-ventre, des douleurs dans le bassin, les aines, le sacrum; une pesanteur au périnée, à l'anus ou à l'hypogastre; la marche est difficile, il y a de la faiblesse et des troubles de la digestion. Plus tard les douleurs deviennent plus vives et plus persistantes, les malades s'aperçoivent qu'il existe une leucorrhée;

la menstruation est douloureuse et il y a quelquefois des métrorrhagies. La miction et la défécation sont troublées. La faiblesse augmente et la progression devient plus difficile. Il se développe des névralgies lombéo-abdominales ou intercostales. En même temps qu'il existe un dégoût pour les aliments, les digestions sont de plus en plus difficiles et douloureuses; les femmes se plaignent de palpitations, elles sont pâles et l'exploration des artères y décèle un bruit de souffle; des phénomènes hystériques et parfois de véritables attaques d'hystérie se montrent alors. La stérilité s'observe fréquemment comme conséquence des déviations; il en est de même de l'avortement, et alors même que le produit de la conception ne trouve pas d'obstacle à son développement régulier, le travail de l'accouchement est rendu difficile.

Les *signes physiques* des déviations utérines sont fournies par le toucher vaginal et par le cathétérisme de l'utérus; on peut y ajouter le toucher rectal et la palpation à travers l'hypogastre; l'examen avec le spéculum n'est pas ici d'une utilité directe.

Le *toucher vaginal* permet d'apprécier la situation du col de l'utérus par rapport à l'axe du détroit supérieur, au corps de l'organe et aux différents points de la circonférence du bassin. Dans l'état normal, l'axe de l'utérus est en effet parallèle à l'axe du détroit supérieur et on rencontre le col un peu en arrière de l'axe du vagin. Dans les déviations utérines, si on porte le doigt à la partie supérieure du vagin on ne trouve plus le col de l'utérus à sa place. Le même mode d'exploration permet de rencontrer le corps de l'utérus à une place qu'il n'occupe pas dans l'état physiologique.

Le *cathétérisme de l'utérus* est un mode d'exploration destiné à fournir au chirurgien des notions exactes sur la direction de la cavité utérine par rapport à l'axe du bassin. Cette opération se pratique au moyen d'une tige métallique un peu recourbée, montée sur un manche et que l'on a désignée sous le nom d'*hystéromètre* (fig. 301). On commence par introduire avec précaution l'extrémité de la tige dans l'ouverture du col utérin, puis on fait parcourir peu à peu à l'instrument la cavité du col et la cavité du corps; on juge de la direction suivie par la tige de l'instrument dans l'utérus, d'après la direction diamétralement opposée prise par le manche au niveau de la vulve. Si l'utérus est en antéversion (VA, fig. 300), l'instrument ne peut être introduit qu'autant que le manche est porté fortement en arrière vers la commissure postérieure de la vulve, et *vice versa* pour la rétroversion.

**Diagnostic.** Il faut non-seulement distinguer les déviations de l'utérus



Fig. 301.