

de quelques autres affections qui les simulent, mais encore distinguer entre elles les diverses espèces de déviations.

1° On reconnaît l'*antéversion* (VA, fig. 300) aux signes suivants : par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus en arrière et en haut; pour en atteindre l'orifice, il faut porter le doigt profondément vers l'angle sacro-vertébral. On peut facilement avec le doigt parcourir toute la face antérieure du col et du corps de l'utérus. On complète le diagnostic par le cathétérisme de l'utérus; en faisant pénétrer le cathéter dans le col, après avoir ramené ce dernier avec le doigt un peu en avant, on constate que l'instrument ne pénètre dans la cavité utérine qu'en abaissant le manche vers le périnée, et en poussant le bec en haut et en avant.

2° Dans l'*antéflexion* (AF, fig. 300), le toucher vaginal donne des résultats différents, d'après la forme même du déplacement.

(a) Lorsque le col n'est pas ou très-peu dévié, et que le corps de l'utérus est couché en avant, on trouve le col dans sa direction normale, puis on rencontre un angle un peu aigu, enfin le corps de l'utérus placé horizontalement et dont on peut parcourir la face antérieure. (b) Lorsque le col de l'utérus est lui-même dirigé en avant et que le corps repose sur sa face antérieure, en d'autres termes, quand l'utérus est plié en deux, on trouve d'abord la face postérieure du col, et il faut ramener le doigt en avant pour découvrir l'orifice externe; en suivant la face antérieure du col, on rencontre un angle aigu et profond au-dessus duquel se trouve le fond de l'utérus formant une sorte de tumeur globuleuse. Le cathétérisme de l'utérus permet d'apprécier l'endroit où existe la flexion du corps sur le col, d'après l'examen de la profondeur à laquelle l'instrument introduit dans le col change brusquement de direction.

3° La *réversion* (RV, fig. 300) se reconnaît aux signes suivants : par le toucher vaginal, on trouve l'utérus plus bas qu'à l'état normal, l'orifice externe du col est dirigé en avant, et si on porte le doigt au-dessus et au-devant de ce point, on constate l'absence du corps de l'utérus. En portant le doigt le long de la face inférieure et en arrière, on peut suivre le corps de l'utérus jusque dans la concavité du sacrum. On conçoit que le cathétérisme de l'utérus donnera des résultats diamétralement opposés à ceux que nous avons signalés pour l'antéversion.

4° La *réflexion* (RF, fig. 300) fournit au toucher vaginal les indications suivantes : le col est situé plus ou moins bas et présente ou bien sa direction normale, ou bien est incliné soit en avant, soit en arrière; le corps de l'utérus se trouve en arrière et il est facile de constater l'existence d'un angle rentrant entre le corps et le col. Comme dans l'antéflexion, on pourra apprécier l'endroit exact de la flexion du corps sur le col par le cathétérisme de l'utérus.

5° L'antéversion simule quelquefois une affection de la vessie; dans un cas cité par Levret, elle a été prise pour un calcul vésical et l'on a pratiqué l'opération de la taille. Le cathétérisme de la vessie et celui de l'utérus feront facilement éviter une pareille erreur. On a pris pour une antéflexion, une tumeur développée au-devant de l'utérus; le cathétérisme utérin est

alors indispensable pour le diagnostic. La rétroflexion de l'utérus est souvent confondue avec un engorgement du corps de l'utérus, avec une tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'organe; ici encore le cathétérisme de l'utérus donne des renseignements exacts sur la nature de la maladie.

Anatomie pathologique. Dans les cas de flexion, on a trouvé l'utérus ramolli au niveau du point fléchi; dans les cas de version, la paroi la plus déclive est habituellement engorgée et plus ou moins épaissie, le col de l'utérus plus volumineux. Quelquefois il existe des tumeurs fibreuses dans les parois de l'utérus; ce dernier peut avoir contracté des adhérences plus ou moins serrées avec les parties voisines.

Pronostic. Les déviations de l'utérus n'ont pas le même degré d'importance aux yeux de tous les chirurgiens modernes. Sans parler de Simpson, Kiwisch et Valleix qui les considèrent comme une affection assez sérieuse pour réclamer l'intervention de moyens mécaniques, nous citerons Hervez de Chegoïn, Cazeaux, Velpeau et Robert, parmi les praticiens qui proclament les inconvénients et les accidents auxquels ces déviations peuvent donner lieu. D'un autre côté, P. Dubois, Depaul, Gosselin, reconnaissent que les flexions et les déviations modérées n'entraînent ni accidents significatifs ni douleurs. D'après Depaul, dans beaucoup de cas, les accidents attribués aux déviations sont produits par un autre état pathologique de l'utérus, et chez beaucoup de femmes, cet organe peut être incliné, fléchi, abaissé, repoussé vers l'une ou l'autre paroi du bassin, sans que la santé en soit troublée. La déviation ne constitue qu'une simple difformité.

Traitement. Pendant longtemps on s'est contenté de traiter les déviations de l'utérus en soutenant l'organe au moyen d'un pessaire. Ce mode de contention était tout à fait insuffisant, alors même qu'on se servait de pessaires munis d'un appendice destiné à agir sur le corps de l'utérus, comme Hervez de Chegoïn l'avait proposé. Ph. Boyer a conseillé de faire le tamponnement du vagin avec de la charpie et il croit avoir réussi de cette manière à replacer l'utérus. Amussat, dans le but de ramener l'organe à sa place, produisait, au moyen du caustique Filhos, des adhérences entre le col utérin et la paroi vaginale antérieure ou postérieure, selon qu'il s'agissait d'une antéversion ou d'une réversion. Huguier, reprenant le traitement proposé autrefois par Aétius, corrigeait la réversion par de grosses mèches introduites dans le rectum et Favrot a cru arriver au même résultat en introduisant dans le rectum une vessie en caoutchouc vulcanisé qu'il distend par l'insufflation d'une certaine quantité d'air.

Pour obtenir la guérison des déviations utérines, Kiwisch et Simpson ont employé le *redressement* de l'utérus par la sonde utérine (fig. 304). Plus tard Valleix a surtout préconisé ce mode de traitement qui paraît lui avoir donné d'excellents résultats, puisque dans la statistique publiée par lui en 1853, il comptait 78 guérisons définitives sur 108 cas. Le cathétérisme seul de l'utérus a suffi quelquefois pour obtenir la guérison; sinon le *redresseur* était maintenu à demeure dans l'utérus pendant une certaine période de temps. On a reproché au cathétérisme de l'utérus d'être une opération

grave, d'avoir entraîné la mort dans quelques cas, et Depaul a avancé de la manière la plus formelle que les pessaires ou redresseurs intra-utérins doivent être proscrits ; Cazeaux a également affirmé que le redressement était inutile et dangereux. Mais d'un autre côté, Velpeau, Malgaigne, P. Dubois et Robert ont prouvé que cet instrument ne doit pas être banni de la pratique, et que s'il ne guérit pas toujours, il soulage du moins les femmes

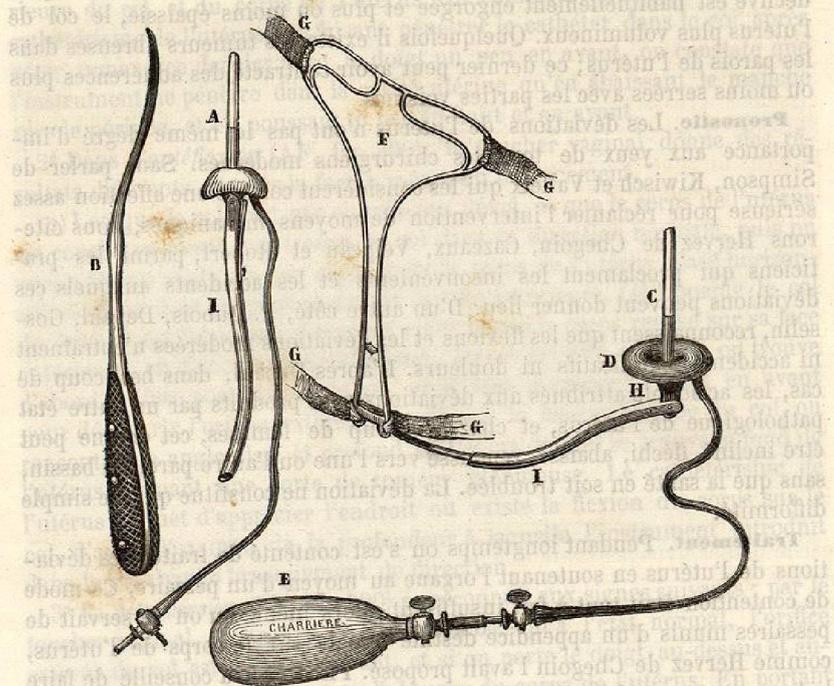


Fig. 302.

dans beaucoup de cas. La figure 302 représente le *redresseur utérin* de Valleix. On voit en A le redresseur isolé de tout bandage accessoire, appuyé sur un pessaire en caoutchouc que l'on insuffle avec de l'air, pour fournir un point d'appui à l'utérus. La tige du redresseur (A) se continue avec une autre tige (I) creuse qui se recourbe sur la première au moyen d'une articulation figurée en H. Pour faciliter l'introduction du redresseur dans la cavité utérine, on se sert de l'instrument B que l'on insinue dans le tube I. Une fois le redresseur en place, on le maintient avec la ceinture hypogastrique F fixée autour du bassin avec les courroies GG.

ARTICLE III.

Du renversement de l'utérus.

Le renversement de l'utérus est une espèce de déplacement dans lequel l'utérus est retourné sur lui-même à la manière d'une bourse ou d'un

doigt de gant. On peut en reconnaître trois degrés : le premier consiste dans une simple dépression du fond de la matrice qui s'enfonce comme la forme d'un chapeau qu'on presse avec le poing, ou comme *le cul d'une fiole de verre* (Mauriceau) ; dans le second degré, ou renversement incomplet, le fond de l'utérus s'est engagé à travers l'orifice de l'organe ; et dans le troisième, la matrice, entièrement retournée, remplit le vagin, quelquefois même est pendante entre les cuisses.

Causes. Toutes les conditions normales ou pathologiques qui ont pour effet de dilater la matrice, d'amincir et de ramollir les parois de l'organe, peuvent être considérées comme causes prédisposantes : c'est ainsi qu'agissent la grossesse, les polypes ou autres corps étrangers renfermés dans l'utérus. Toutefois, ces modifications dans la cavité et dans les parois de l'utérus ne sont pas absolument nécessaires pour que le renversement de l'organe puisse avoir lieu. Puzos et Boyer ont rapporté des observations de renversement de l'utérus, sans distension préalable de l'organe, c'est-à-dire sans grossesse antérieure. Bien plus, Baudelocque a vu le renversement de l'utérus chez une jeune fille de quinze ans, pourvue d'hymen. Les causes occasionnelles de cette maladie sont : l'extraction intempestive du placenta, avant que l'utérus soit revenu sur lui-même ; des efforts violents accomplis par la femme, au moment de la sortie de l'enfant ; la sortie brusque du produit de la conception ; la brièveté du cordon ombilical ; l'expulsion d'un polype utérin.

Symptômes. Il faut prendre pour type de la description le renversement qui survient après l'accouchement.

1° S'il existe une simple dépression du fond de l'utérus, on constate par le palper hypogastrique que la tumeur utérine présente une espèce de cul-de-lampe ; en introduisant la main dans la cavité utérine, on trouve le fond de l'organe rapproché de l'orifice.

2° Si le renversement est incomplet, la dépression du fond de l'utérus, sentie à travers l'hypogastre, est reconnue plus profonde que dans le cas précédent. Par le toucher vaginal, on constate l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse paraissant sortir de l'utérus et entourée d'un bourrelet plus ou moins épais formé par le col utérin.

3° Si le renversement est complet, on trouve dans le vagin une tumeur dure, ronde, sans pédicule, se prolongeant quelquefois hors de la vulve jusque entre les cuisses. Le palper hypogastrique fait constater l'absence de l'utérus dans le bassin.

Le renversement de l'utérus est toujours accompagné de douleurs vives dans les aines et dans les reins, à moins que le déplacement n'ait pas dépassé le premier degré. On observe aussi de la difficulté pour uriner, ce qu'expliquent les rapports de l'utérus renversé avec la vessie. Quand le renversement s'opère brusquement, les douleurs sont parfois assez violentes pour déterminer des convulsions, le délire et même la mort. Lorsque le mouvement s'opère avant la délivrance et que le placenta reste adhérent à l'utérus, il n'y a pas d'hémorragie ; mais si le placenta se détache, il en résulte une perte de sang abondante.