

M. Barrier a lu à l'Académie de médecine (avril 1852) une observation fort intéressante de réduction, par la méthode anesthésique, d'un renversement qui remontait à quatorze mois.

Déjà, en 1847, M. Valentin, chirurgien à Vitry-le-Français, avait employé l'éthérisation avec succès pour un cas datant de seize mois.

En Angleterre, le docteur Charles West (hôpital Saint-Barthélemy, 1850) avait essayé le chloroforme sans succès pour un renversement de quatorze mois. En 1852, son collègue, le docteur G. Conney, réussit par le même moyen à réduire un renversement de cinq mois.

M. Barrier dit dans son observation, que lorsque l'anesthésie fut complète, il repoussa avec ses doigts le fond de l'utérus de bas en haut et d'avant en arrière, en prenant un point d'appui sur le sacrum, et qu'après quelques efforts soutenus, l'organe céda graduellement et reprit sa position normale. Ce procédé paraît désormais être préféré à tout autre. Il n'est, du reste, qu'une modification de la méthode que l'on suivait autrefois, et qui consistait à faire placer la femme de façon que le bassin fût plus élevé que la poitrine; puis avec la main garnie d'un linge cératé, on comprimait sans secousse et d'une manière égale sur tous les points de la tumeur externe, en la repoussant dans la direction de l'axe des détroits jusqu'à ce qu'elle eût repris sa situation naturelle. Il faut, autant que cela se peut, faire rentrer les premières les parties sorties les dernières; car on dilate ainsi préalablement les rameaux musculaires qui s'opposent à la réduction (P. Dubois, Danyau). Cette méthode, dite de Viardel, est la même que celle qui est suivie pour les vaches dans plusieurs départements (Poitou, Auvergne). M. Velpeau la considère comme la meilleure, et il fait observer que le linge enduit de cérat, en empêchant la tumeur de s'étaler, favorise la réduction.

Les doigts sont préférables aux diverses espèces de repoussoirs que l'on a proposés, parce qu'ils permettent à l'opérateur de mieux diriger les efforts nécessaires. Lorsque le placenta

tient encore à l'utérus renversé, les uns conseillent de le décoller avant de réduire, les autres sont d'un avis contraire. La première opinion est en général admise; toutefois il est prudent d'administrer en même temps le seigle ergoté, et de laisser un instant la main dans la cavité utérine pour provoquer les contractions. Si l'organe a été entraîné par un polype, il faut lier ou exciser la tumeur avant de le refouler vers le bassin.

Voici les divers moyens conseillés par les auteurs, lorsque les méthodes ordinaires ont échoué. Dervees (*Cliniq. des hôp.*, t. I<sup>er</sup>), après avoir vainement essayé de réduire un renversement incomplet, s'avisait de le compléter, et la réduction fut alors facile. Baudelocque (*Bibl. méd.*, t. IV, 1828) conseille les secousses galvaniques; nous pensons qu'on pourrait y avoir recours lorsque les moyens qui précèdent n'ont pas réussi; on essaierait aussi la compression graduelle avant d'avouer son impuissance à guérir la malade.

Enfin, après que toute tentative est restée sans effet, ainsi que Leroy, Levret, Leroux, etc., en citent des exemples, que faut-il faire? S'en tiendra-t-on au traitement palliatif, ou bien proposera-t-on l'ablation d'une partie de l'utérus? Disons d'abord que le renversement n'est pas toujours incompatible avec la vie, et Barbaut parle d'une femme qui vécut longtemps sans trop souffrir de son infirmité. Cependant, dans les cas désespérés, les plus sages sont d'avis que l'amputation de la matrice pourrait être jugée nécessaire. On sera du reste autorisé à le faire par le souvenir de succès antérieurs (Bloxam, 1835), à côté desquels la science rapporte les terminaisons les plus graves (Deroubaix, *Gaz. méd.*, 1851).

### SECTION III.

#### DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

L'histoire des déviations de l'utérus est un des points de la pathologie utérine qui a peut-être soulevé le plus de discussion et le plus de controverse. Depuis les nombreuses séances que

l'Académie de médecine lui a consacrées, et surtout depuis la mort de Valleix, cette question n'est plus autant à l'ordre du jour. Peu de travaux ont été publiés sur ce sujet; il en est à peine question dans les journaux de médecine, et chacun a conservé les opinions qu'il s'était faites sur cette question. Je viens aujourd'hui la reprendre tout entière, et la discuter avec tout le soin qu'elle mérite, comme si elle était encore en litige.

Les médecins qui s'occupent de la pathologie de l'utérus peuvent être divisés en plusieurs groupes.

Pour les uns, toutes les variétés de l'inflammation aiguë et chronique du col et du corps de l'utérus sont le point de départ de toutes les modifications de position que peut subir cet organe, et ses déviations diverses ne sont que le résultat de l'engorgement de l'utérus, conséquence des lésions organiques que nous venons d'énumérer.

Pour les autres, au contraire, les déviations utérines constituent le phénomène primitif. Ce sont ces changements de position qui entraînent consécutivement les congestions, les inflammations, les ulcérations et les engorgements hypertrophiques du col et du corps de la matrice. Ces déviations ne tendent pas à guérir spontanément, mais à se perpétuer et à s'aggraver.

Pour d'autres enfin, la vérité est dans une sorte de juste milieu, ou, si l'on aime mieux, l'une et l'autre de ces opinions sont vraies dans des circonstances données. Dans certains cas, l'engorgement utérin est le phénomène primitif et la déviation est le phénomène consécutif, tandis que dans d'autres la déviation est le phénomène primitif, et l'inflammation et l'engorgement les phénomènes consécutifs. Enfin, dans une troisième série de cas, il existe des déviations sans lésion du col et du corps de l'utérus, et qui tantôt produisent des accidents et tantôt n'en produisent pas, suivant la disposition malade des femmes et leur degré d'impressionnabilité.

Pour décider ces questions si graves et si compliquées, et surtout pour traiter la question d'une manière complète, nous serons obligé de nous placer, momentanément du moins, au

point de vue des partisans des déviations primitives. Cette méthode nous permettra de tracer avec les détails qu'elle comporte l'histoire de ces affections, et nous pourrons en même temps la discuter, et, si cela est nécessaire, la critiquer.

Il est bien entendu toutefois que dans la discussion de ces faits et de ces opinions, il ne sera nullement question des déviations qui sont le résultat de la grossesse, ou du moins que ce dernier état vient compliquer.

*Historique.* — D'après Valleix, Hippocrate et Aétius connaissaient certainement les déviations de l'utérus.

A une époque plus rapprochée de nous, Ambroise Paré, puis Morgagni, en signalent l'existence.

On trouve des documents utiles sur ce sujet dans Levret, Dugès et madame Boivin, et dans Martin jeune, de Lyon.

Deux thèses furent publiées en 1827 sur les déviations de l'utérus, celle de M. Bazin et celle de M. Ameline.

M. Hervez de Chégoin, en 1833, en fit l'objet d'une communication à l'Académie de médecine.

M. Lacroix (thèse de concours, 1845) fournit des documents très utiles à l'histoire des déviations de l'utérus.

Simpson publia son premier travail en 1843, et son deuxième en 1848.

Des thèses, dans lesquelles on trouve des renseignements utiles relatifs à l'histoire des déviations de l'utérus, ont été publiées, en 1851 par M. Dufraigne, en 1852 par M. Grimaud et par M. Piachaud.

Les articles de Valleix dans le *Bulletin de thérapeutique*, ses leçons publiées dans l'*Union médicale*, les conférences de M. Aran publiées en 1856 dans la *Gazette des hôpitaux*, fournissent des documents très utiles sur les déviations de l'utérus.

Nous ajouterons enfin que Scanzoni, dans son *Traité des maladies sexuelles de la femme*, a publié un bon article sur les flexions de l'utérus, article qui est le résumé du travail original qu'il avait publié sur le même sujet.

*Définition.* — Quelles sont les conditions d'une déviation de l'utérus ?

Pour Valleix, la réponse est facile : il y a déviation quand l'axe de l'utérus ne correspond plus en tout ou en partie avec celui du détroit supérieur du bassin.

Cette définition assez simple ne saurait cependant être adoptée sans discussion. En effet, pour M. Cruveilhier et d'autres auteurs, il n'y a d'axe de l'utérus que chez les enfants nouveau-nés et dans la première enfance. A cet instant, l'axe de l'utérus suit l'axe des deux bassins, et cet organe présente une incurvation à convexité antérieure (1), la partie supérieure suivant l'axe du grand bassin, et la partie inférieure l'axe du petit. Après cette époque, il n'y a plus qu'un axe fictif, et l'utérus peut présenter des déviations diverses, dans de faibles limites, il est vrai, sans que pour cela il y ait, en aucune manière, un changement de position morbide. Cet axe fictif est généralement considéré comme correspondant à l'axe du grand bassin, avec une légère inflexion tantôt à droite, tantôt à gauche, et une très légère courbure à convexité antérieure. Il faut alors, pour qu'il y ait déviation véritable et morbide, que le changement de déviation atteigne une certaine limite, et, tranchons le mot, qu'elle soit considérable ; mais alors une autre difficulté se présente. A quel degré cesse la limite de déviation physiologique et commence la déviation pathologique ? C'est ce qu'il est encore bien difficile de dire, car la déviation est un phénomène relatif : tel utérus, en effet, est dévié relativement à la direction normale que cet organe présente chez la femme.

Admettra-t-on que la déviation est morbide quand des phénomènes insolites apparaissent ? Mais c'est là toute la question ; et ces phénomènes insolites sont niés par beaucoup de médecins, tant qu'à cette déviation il ne sera pas venu se joindre, soit une congestion, soit une inflammation aiguë ou chronique,

(1) Pour MM. Boulard et Aran, l'utérus, comme nous le verrons plus loin, présente dans l'état normal une antécourbure qui, chez les très jeunes filles, est presque une antéflexion.

soit enfin un engorgement hypertrophique du col ou du corps de la matrice.

Pour sortir de ces difficultés, nous admettrons qu'il y a déviation toutes les fois que l'utérus sera très notablement dévié de l'axe du détroit supérieur du bassin, et que le col ne sera plus rencontré par l'extrémité du spéculum introduit directement et sans effort au fond du vagin.

*Espèces et variétés.* — On peut admettre deux variétés de déviations : les *versions* et les *flexions*.

1° Les *versions* consistent dans les inclinaisons diverses du corps et du col de l'utérus ayant conservé leurs rapports respectifs.

On distingue : l'*antéversion*, dans laquelle le corps de l'utérus est incliné en avant, tandis que le col est porté en arrière ; la *réversion*, dans laquelle le corps de l'utérus s'incline en arrière et porte sur le rectum, tandis que le col utérin est porté en haut et en avant ; les *latéversions*, dans lesquelles l'utérus est dévié soit à droite, soit à gauche.

2° Les *flexions* consistent dans une flexion du corps de l'utérus sur le col de cet organe qui a conservé sa direction normale.

On distingue aussi une *antéflexion*, une *réflexion* et des *latéflexions*. M. Aran a proposé de les décrire d'une manière un peu plus compliquée. Il admet des flexions du corps sur le col et du col sur le corps. J'aurai plus loin occasion de discuter cette dernière opinion.

Les flexions et les versions peuvent être réunies, combinées ensemble, de même qu'elles peuvent être combinées avec l'abaissement de l'utérus. On voit donc, dans quelques cas, une version combinée avec une flexion et un abaissement.

*Fréquence des déviations.* — Les seuls chiffres que nous possédions à cet égard sont ceux donnés par M. Aran. Ce médecin a observé, pendant treize mois de service à l'hôpital Saint-Antoine, 143 maladies de l'utérus. Sur ce nombre, il y avait

103 déviations, et 40 dans lesquelles il y avait d'autres maladies de l'utérus sans déviations.

Pour que ce nombre ait une valeur absolue, il faudrait connaître le nombre de malades admis dans les mêmes salles dans cet espace de temps.

Relativement à la fréquence des diverses espèces de déplacements, M. Aran a donné les chiffres suivants :

10 cas d'abaissement simple ;
26 cas d'abaissement avec rétroversion ou rétroflexion ;
25 cas d'abaissement avec antéversion ou antéflexion ;
18 cas de rétroversion ou de rétroflexion simple ;
24 cas d'antéversion ou d'antéflexion.

C'est-à-dire qu'il y avait 61 cas d'abaissement avec ou sans version ou flexion, et 42 d'inflexions diverses sans abaissement.

#### ARTICLE I. — Étiologie des déviations de l'utérus.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — 1° *Conditions anatomiques.* — Quelles sont les conditions anatomiques qui peuvent rendre compte de la facilité de production des déviations utérines et de leur degré de fréquence ? Ces circonstances sont les suivantes :

1° La mobilité très grande de l'utérus, qui permet à cet organe de prendre toutes les positions et toutes les directions possibles.

2° Le poids de l'utérus, dont le fond ou la partie supérieure est plus considérable que celui de la partie inférieure, c'est-à-dire du col. Il en résulte qu'il tend à basculer facilement en avant, en arrière ou latéralement.

3° La laxité des ligaments larges et du tissu cellulaire du petit bassin, qui permet à l'utérus d'exécuter des évolutions dans divers sens.

4° La pression différente que peuvent exercer sur l'utérus les organes avec lesquels il est en rapport. Ces pressions diverses sont dues aux alternatives de réplétion ou d'évacuation de ces

organes (intestin et vessie) qui changent souvent d'un moment à l'autre la direction de l'axe normal de l'utérus.

Ces quatre circonstances anatomiques rendent parfaitement compte des changements de direction que peut présenter l'utérus. Elles exercent une influence d'autant plus grande que le poids de l'utérus est devenu plus considérable par suite d'une lésion morbide antérieure.

2° *Âges.* — D'après les relevés donnés par Valleix, c'est de vingt à trente ans que les déviations de l'utérus sont le plus communes.

M. Aran a donné les âges suivants pour les 103 cas qu'il a reconnus :

Au-dessous de 19 ans . . . . .	3 cas.
De 20 à 29 ans . . . . .	55
De 30 à 39 ans . . . . .	31
De 40 à 49 ans . . . . .	12
De 50 ans . . . . .	1

C'est-à-dire que les déviations sont plus communes de vingt à quarante ans, puisque sur 103 cas, 87 se trouvent compris dans cette limite.

3° *Constitution, tempérament.* — La constitution et le tempérament ne paraissent exercer aucune influence sur le développement des déviations. On les a observées également chez les femmes de toute constitution et de tout tempérament.

4° *Influence des accouchements antérieurs.* — Lorsque nous étudierons à part les variétés principales des déviations, nous verrons, d'après les relevés statistiques de Valleix, que les avortements et les accouchements antérieurs peuvent exercer une influence puissante sur la production des déviations.

M. Aran a trouvé que sur ses 103 cas 65 femmes avaient eu des couches antérieures et un ou plusieurs enfants, tandis que 38 autres n'avaient jamais eu d'enfants.

CAUSES DÉTERMINANTES. — 1° *Influence du coït.* — L'influence du coït trop fréquemment répété n'est mise en doute par aucun observateur. Il est évident que le frottement de l'extrémité du

pénis contre le col ou le corps de l'utérus peut favoriser beaucoup la déviation de l'utérus, si même elle ne la produit de tous points. A mon avis, l'excès et la fréquence du coït produisent plutôt l'antéversion que toute autre déviation, à moins qu'il n'existe avant une disposition à la rétroversion, par suite de la déviation de l'axe normal de l'utérus.

2° *Influence des lésions antérieures.* — Ces lésions antérieures sont nombreuses et variées. Tantôt c'est une congestion sanguine du corps et du col de l'utérus ; tantôt une inflammation chronique avec ou sans hypertrophie de ces mêmes parties ; enfin un engorgement hypertrophique. Ce sont ces lésions préalables qui favorisent si puissamment et quelquefois produisent de tous points les déviations de l'utérus.

Les tumeurs fibreuses du corps de l'utérus, les polypes contenus dans sa cavité, les cancers de cet organe, produisent encore les mêmes résultats ; mais nous ne nous occupons pas spécialement de cette seconde catégorie de cas.

L'influence de ces lésions antérieures, comprises sous la dénomination vague d'*engorgement*, et que l'on sait maintenant être de nature phlegmasique, est d'ailleurs démontrée par des résultats statistiques positifs. M. Ameline a trouvé que sur 12 cas de déviations, 9 étaient produits par des lésions antérieures de l'utérus. M. Aran a observé que sur 103 cas, 49 fois il existait des altérations du col utérin. Or, il est à présumer que la plupart de ces 49 cas étaient accompagnés d'une inflammation chronique et d'un certain degré de tuméfaction du col et du corps de l'utérus, et que cette augmentation de volume n'a pas été sans exercer quelque influence sur la production des déviations.

J'ai eu occasion d'observer un grand nombre de fois cette coïncidence, et il est positif pour moi que les lésions antérieures du col et du corps de l'utérus sont la cause la plus commune et la plus fréquente des déviations de l'utérus.

#### ARTICLE II. — Symptomatologie des déviations de l'utérus.

La plupart des médecins qui ont essayé de décrire les symptômes des déviations n'ont pas établi de distinction entre les déviations qui s'accompagnaient de lésions phlegmasiques aiguës ou chroniques du col et du corps utérin, et celles qui n'en présentaient pas. Telle est la confusion faite par Valleix qui décrit sous le même type l'une et l'autre de ces deux espèces. Voici le résumé des symptômes qu'il attribue aux déviations :

*Symptômes locaux.* — Pesanteur ; sensation de gêne dans le bassin ; quelquefois douleurs plus vives se prolongeant aux lombes, dans la région sacrée et à la partie supérieure des cuisses.

Augmentation de ces accidents par la marche, l'exercice, les secousses, les efforts de tous genres ; souvent l'impossibilité de marcher et de se livrer à ces exercices en est la conséquence ; écoulement leucorrhéique de nature diverse ; menstruation plus douloureuse, quelquefois avancée, le plus souvent retardée ; écoulement sanguin plutôt diminué, dans quelques cas plus abondant et constituant une véritable hémorrhagie ; envies fréquentes d'uriner, et cependant difficulté d'accomplir cette fonction ; constipation opiniâtre.

*Symptômes généraux.* — Amaigrissement plus ou moins prononcé ; teint plus pâle de la face, qui paraît fatiguée et souvent altérée ; courbature facile, diminution des forces ; tristesse, découragement, inaptitude au travail, défaut d'énergie physique, développement de névroses diverses ; appétit bizarre, digestions souvent pénibles et difficiles, symptômes gastralgiques, constipation, dyspnée, palpitations, souvent bruits anémiques au cœur et dans les vaisseaux.

Ce tableau des symptômes permet la conclusion suivante : il est l'exposé le plus fidèle, le plus complet et le mieux accentué que l'on puisse donner des inflammations chroniques du col et du corps de l'utérus ; c'est donc à cette dernière lésion qu'il faut les attribuer sans contestation. Nous dirons cependant que ces

lésions phlegmasiques étant accompagnées d'une déviation, les troubles fonctionnels que nous venons d'énumérer sont plus caractérisés, plus nets, plus tenaces, et frappent en conséquence davantage l'attention des observateurs.

Pour décider cette question qui a une grande importance, il faut établir deux catégories de faits :

1° Ceux dans lesquels il y a simultanément déviation et lésions phlegmasiques aiguës ou chroniques du col ou du corps de l'utérus.

2° Les cas dans lesquels les déviations constituent la seule lésion morbide.

Relativement aux faits de la première catégorie, la réponse est facile à faire. Il existe des symptômes qui sont ceux des lésions morbides du col ou du corps de l'utérus; seulement ils sont plus caractérisés et plus intenses en raison de la déviation qui les accompagne.

Quant aux faits de la seconde espèce, on est en droit de se demander si, lorsqu'il existe une déviation simple de l'utérus sans lésions morbides, cette déviation produit des symptômes spéciaux, ou bien si elle ne donne naissance à aucun accident?

Pour beaucoup de médecins, la réponse est facile. Non, il n'y a aucun accident, aucun phénomène morbide spécial; les faits nombreux que j'ai observés me permettent d'avoir cette opinion. J'ajouterai seulement que les femmes qui présentent ces déviations sont par cela même beaucoup plus sujettes que d'autres à contracter des inflammations aiguës ou chroniques du col et du corps de l'utérus, et que ces déviations, lorsqu'elles sont portées à un haut degré, peuvent même produire seules ces lésions phlegmasiques; c'est seulement dans ce cas que des symptômes apparaissent.

Entre ces deux opinions formelles et positives, une troisième, celle de M. Aran, est venue se placer.

Pour ce médecin, les femmes atteintes de déviations utérines sans engorgement inflammatoire peuvent être partagées en deux classes :

Les unes n'éprouvent aucune espèce d'accidents; les autres, au contraire, accusent de bien vives douleurs. A quoi tiennent ces différences?

D'après M. Aran, on peut se rendre compte des accidents dans le second cas par le mode de sensibilité différente des femmes. Les unes, dit-il, prêtent une grande attention à tout ce qui se passe en elles, s'écontentent vivre, pour ainsi dire. Les autres, vivant en quelque sorte en dehors d'elles-mêmes, d'une sensibilité obtuse, ne prêtent aucune attention aux souffrances de leurs organes. Dures pour elles-mêmes, pour les autres, ces dernières ne comptent pas dans la détermination des phénomènes morbides qui appartiennent aux déviations, aux déplacements et aux flexions de l'utérus.

Cette explication, si ingénieuse qu'elle soit, est-elle l'expression de la vérité? On manque de faits pour l'affirmer; jusqu'à présent ce n'est qu'une hypothèse ingénieuse.

Voyons cependant quels sont ces accidents que M. Aran attribue ainsi aux déviations sans engorgement inflammatoire. Je transcris sa description :

« Ces symptômes consistent quelquefois dans les troubles de la menstruation, de la leucorrhée, de la difficulté ou de la douleur dans l'excrétion des matières et des urines; mais principalement en une sensation de pesanteur, de douleurs sourdes dans le bassin, de tiraillements dans les reins, très légers dans les circonstances ordinaires, mais augmentant beaucoup par la marche, par la fatigue, s'exaspérant lorsque la malade ne surveille pas assez les fonctions intestinales et se laisse prendre par la constipation, ou lorsqu'elle retient trop longtemps son urine dans la vessie. Indiquons, parmi les troubles de la menstruation, les règles douloureuses et difficiles, et les règles abondantes pouvant elles-mêmes se transformer en de véritables hémorrhagies. »

Cette description s'appliquerait aussi bien aux engorgements inflammatoires de l'utérus, et j'avoue que je ne suis pas encore

bien convaincu que chez les femmes, qui présentent cet ensemble de symptômes, ces lésions n'existaient pas.

CONSTATATION DES DÉVIATIONS PAR L'EXAMEN PHYSIQUE. —

*Toucher vaginal.* — Il est indispensable de pratiquer le toucher vaginal dans les déviations utérines. Cet examen physique fait connaître les particularités suivantes :

1° La mobilité de l'utérus conservée ; 2° le changement de direction du col et du corps de l'utérus ; 3° les lésions morbides concomitantes du col et du corps de l'utérus ; 4° la possibilité de redresser l'utérus et de le ramener à sa direction normale.

Nous insisterons sur ces caractères en nous occupant des diverses espèces de déviations en particulier.

*Toucher rectal.* — Le toucher rectal vient encore confirmer les données précédentes ; il montre la saillie du col du côté du rectum dans l'antéversion, et celle du corps, dans le même intestin, dans la rétroversion. Ce toucher constate également la conservation de la mobilité normale de l'utérus ; cependant il ne faudrait pas croire que cette mobilité existât toujours. Il y a quelques cas dans lesquels les déviations se sont compliquées de phlegmasies péri-utérines ou de péritonites circonscrites, et dans lesquels on trouve par conséquent le col et le corps en partie immobilisés par suite des adhérences qui se sont établies.

*Spéculum.* — L'examen au spéculum fournit des caractères positifs et des caractères négatifs que nous devons signaler ici.

Les caractères négatifs sont les suivants. Le spéculum introduit dans le fond du vagin ne rencontre point le col de cet organe à son extrémité. Ce col est en avant du corps de l'utérus dans la rétroversion, et le spéculum correspond au corps de l'organe, le col étant resté au-dessus de lui. Dans l'antéversion, le corps et le col de l'utérus correspondent à la partie supérieure du spéculum qui arc-boute au fond contre la paroi du vagin correspondant à la paroi antérieure du rectum. Les positions respectives du corps et du col de l'utérus sont bien plus

compliquées quand il existe des flexions. C'est un sujet que nous ne pourrions traiter qu'en nous occupant de cette variété de déviations.

Les caractères que donne le spéculum sont les suivants : *a.* Possibilité, dans quelques cas, de redresser l'utérus, et d'engager le col dans l'orifice interne du spéculum à l'aide d'un mouvement de bascule de l'instrument exécuté par l'opérateur et variable pour les différentes espèces de déviations. *b.* Les lésions concomitantes du corps et du col de l'utérus, ou bien l'absence de ces mêmes altérations : c'est cette absence qui constitue les caractères négatifs dont nous parlions tout à l'heure.

*Sonde utérine.* — La sonde utérine est d'un grand secours pour le diagnostic des déviations et des flexions. Introduite à l'aide du doigt dans la cavité utérine, elle permet, dans beaucoup de circonstances, de redresser l'utérus et de lui rendre momentanément sa position normale ; avec elle on peut constater les modifications suivantes : *a.* la mobilité de l'utérus ; *b.* le changement de direction qu'il a subi. Lorsqu'un utérus est dévié d'une manière notable et qu'on veut examiner son col au spéculum, on commence par introduire la sonde utérine dans la cavité du col, on redresse l'organe, et l'on introduit le spéculum en le faisant glisser le long de la sonde placée au milieu de sa cavité.

#### ARTICLE III. — Marche, durée, terminaison des déviations de l'utérus.

Valleix a établi d'une manière générale que les déviations de l'utérus tendaient à se perpétuer d'une manière indéfinie. Il y a quelque chose de vrai dans sa proposition ; mais pour qu'elle soit rigoureusement exacte, il faut la modifier de la manière suivante :

Toutes les fois que l'utérus est dévié d'une manière notable, et qu'il existe en même temps un engorgement inflammatoire chronique du corps ou du col, la coexistence de la déviation

tend à perpétuer d'une manière indéfinie la lésion phlegmasique, qui maintient la déviation ; il en résulte un cercle vicieux qui tend en effet à faire durer extrêmement longtemps la maladie. Je ne pense pas, à moins de complications, qu'il y ait d'exemple d'une terminaison fatale. On voit souvent, à l'époque de l'âge critique, les déviations disparaître spontanément, en même temps que guérissent les états inflammatoires qui les ont déterminées.

**ARTICLE IV. — Diagnostic des déviations de l'utérus.**

Le diagnostic s'établit à l'aide de l'examen physique de l'utérus. Nous ne pourrions entrer dans des détails circonstanciés à cet effet qu'en étudiant chaque espèce de déviation à part ; aussi nous y renvoyons pour ce que nous avons à dire du diagnostic.

**ARTICLE V. — Traitement des déviations de l'utérus.**

Faut-il traiter les déviations de l'utérus, ou bien faut-il ne s'occuper que des lésions phlegmasiques aiguës et chroniques qui les accompagnent si fréquemment ? C'est une question fort litigieuse, et à l'égard de laquelle les meilleurs esprits sont encore bien partagés.

Pour décider cette question, nous exposerons tous les moyens thérapeutiques qui ont été successivement proposés, afin de démontrer leurs bons et leurs mauvais effets. Or, pour procéder ainsi, il faut nécessairement se placer successivement au point de vue des partisans des déviations primitives, et ensuite à celui de leurs contradicteurs. C'est ce que nous allons essayer de faire avec autant d'impartialité que possible.

§ 1. Des moyens conseillés pour opérer le rétablissement de la direction normale de l'utérus.

Ces moyens sont au nombre de quatre : 1° les pessaires, 2° la sonde utérine, 3° les redresseurs utérins, 4° les douches froides.

1° PESSAIRES. — Les pessaires ont été depuis longtemps employés contre les déviations, et maintenant encore beaucoup de médecins les conseillent et en font usage. Sous ce rapport, on a varié à l'infini leur nature, la matière dont ils étaient composés, leur forme, leur grosseur, leur mode de soutien de l'utérus et leur point d'appui. Plusieurs médecins distingués ont même donné leur nom à quelques-uns de ces pessaires ; mais on n'a jamais pu leur enlever les inconvénients sérieux qu'ils présentaient.

a. Ils ne sont pas toujours d'un maintien facile, et, chez quelques femmes qui en font surtout usage depuis un certain temps, leur fixation devient souvent un grand embarras ; quelquefois même il est complètement impossible de leur faire remplir l'indication qu'on se propose.

b. Ils constituent, pour la plupart des femmes qui en font usage, une incommodité, une gêne très grandes.

c. Ils les privent à peu près complètement de l'exercice des fonctions génitales, ce qui est un inconvénient, quand les femmes sont encore jeunes.

d. Ils entretiennent un écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant, parfois fétide, malgré la médication la plus rationnelle ; inconvénient sérieux pour la femme et pour les personnes qui vivent avec elle.

e. Ils déterminent souvent des inflammations aiguës et chroniques du col utérin, qui peuvent même se propager au corps de l'utérus ; des états fongueux du col, des granulations, des ulcérations, des vaginites aiguës et chroniques.

Les lésions morbides consécutives aux pessaires ont bien des fois obligé les femmes de renoncer à leur emploi, et l'on a été forcé de les combattre d'une manière spéciale.

Je ferai toutefois une exception pour quelques cas très rares, et que je préciserai plus loin avec soin, dans lesquels il sera peut-être nécessaire d'employer encore quelquefois une espèce de pessaire : c'est le *pessaire de caoutchouc de Gariel* (voy. p. 299 et 300). Je lui reconnais moins d'inconvénients qu'aux autres, et lorsqu'il sera absolument nécessaire d'y re-



courir, c'est lui seul que je conseillerai. Quoi qu'il en soit, cette exception ne modifiera pas la vérité de mes conclusions qui s'appliquent à la grande majorité des cas.

*a.* Les inconvénients attachés aux pessaires balancent bien au delà les avantages qu'on peut en retirer.

*b.* Ils sont parfaitement inutiles dans le plus grand nombre des cas de déviations utérines.

*c.* Il faut les réserver à peu près exclusivement pour quelques cas exceptionnels dans lesquels il y a un abaissement considérable uni à une déviation bien déterminée.

2° SONDE UTÉRINE. — La sonde utérine n'a pas seulement été employée comme moyen d'exploration. On a pensé qu'avec son usage fréquemment répété on pouvait arriver à redresser l'utérus; c'est surtout une prétention que Valleix avait eue, et il cite plusieurs cas de redressement opérés par le seul usage de la sonde utérine (fig. 4).

On peut employer indifféremment une des trois sondes utérines répandues maintenant parmi les médecins : celle de Simpson, celle de M. Huguier, ou la sonde de Valleix.

Pour redresser l'utérus avec la sonde utérine, on l'introduit chaque jour dans la cavité du col; on rétablit l'utérus dans sa position normale, on le maintient dans cette position pendant quelques minutes, puis on retire l'instrument, et l'on abandonne l'utérus à lui-même. On recommence tous les jours pendant huit, dix, quinze jours, un mois.

Valleix a-t-il obtenu ainsi, comme il le dit, des redressements définitifs? Il faut le croire, car il était un observateur consciencieux; mais ce résultat est difficile à admettre. L'utérus, à peine abandonné par la sonde, reprend sa position anormale, et le lendemain tout est à recommencer. Je crois que si l'on a obtenu des succès par ce procédé, c'est que



Fig. 4. — Sonde utérine de Valleix.  
A. Vis de pression servant à fixer la sonde graduée qui rentre dans le manchon B. pour être plus portative.

l'emploi répété de la sonde a fini par déterminer un léger phlegmon péri-utérin qui a fixé ainsi la position nouvelle de l'utérus.

L'emploi si fréquemment répété de la sonde n'est pas exempt d'inconvénients. Cette application, souvent douloureuse, est quelquefois suivie d'un écoulement sanguin et rappelle même parfois prématurément les règles.

Elle augmente l'abondance des sécrétions pathologiques, et accroit l'intensité des engorgements inflammatoires du col et du corps de l'utérus, qui peuvent parfois passer de l'état chronique à l'état aigu.

Enfin, elle peut contribuer à produire ces phlegmons péri-utérins dont je viens de parler, et qui, maintenus à un degré léger dans certains cas, peuvent dans d'autres devenir beaucoup plus intenses.

En résumé, d'après ce que j'ai vu, je ne conseillerai en aucune manière d'avoir recours à ce mode de redressement qui est très incertain, n'offre aucun avantage et peut avoir de sérieux inconvénients.

Cependant, si l'on veut employer les redresseurs utérins dont je vais parler plus loin, il faut préalablement s'être servi souvent de la sonde, comme le recommandait Valleix, dans le but d'habituer l'organe utérin au contact d'un corps étranger.

3° REDRESSEURS DE SIMPSON ET DE VALLEIX. — Lorsque M. Simpson eut l'idée de maintenir pendant un certain temps l'utérus redressé à l'aide d'une tige introduite dans sa cavité, il inventa un instrument composé de deux parties séparées pour la facilité du manuel opératoire, mais qui devaient être réunies pendant le séjour de l'instrument dans la cavité utérine. La principale était la tige métallique, du diamètre d'une plume de dinde, qui devait, en pénétrant dans l'intérieur de l'organe, lui servir en quelque sorte de tuteur. Pour éviter que cette tige ne pénétrât plus profondément et ne vint perforer le fond de l'utérus, elle était terminée inférieurement par un disque également de métal, de forme ovalaire. Cette partie essentielle de l'instrument était supportée par une autre tige métallique soudeée au-dessous du disque, de façon à faire avec la première un

angle droit. Cette tige, destinée à séjourner dans le vagin, était creuse et devait recevoir dans sa cavité une portion correspondante du plastron, seconde pièce de l'appareil, dont le but unique était de la maintenir en place, en prenant un point d'appui à l'extérieur, sur le pubis.

Plusieurs inconvénients ayant paru, à Valleix, résulter tant de la persistance de la flexion de l'appareil que du volume du disque, qui rendraient son introduction difficile, il fit éprouver à cet instrument diverses modifications qu'il est inutile de décrire ici, où il nous suffira de faire connaître l'instrument qu'il avait adopté en dernier lieu (fig. 5).

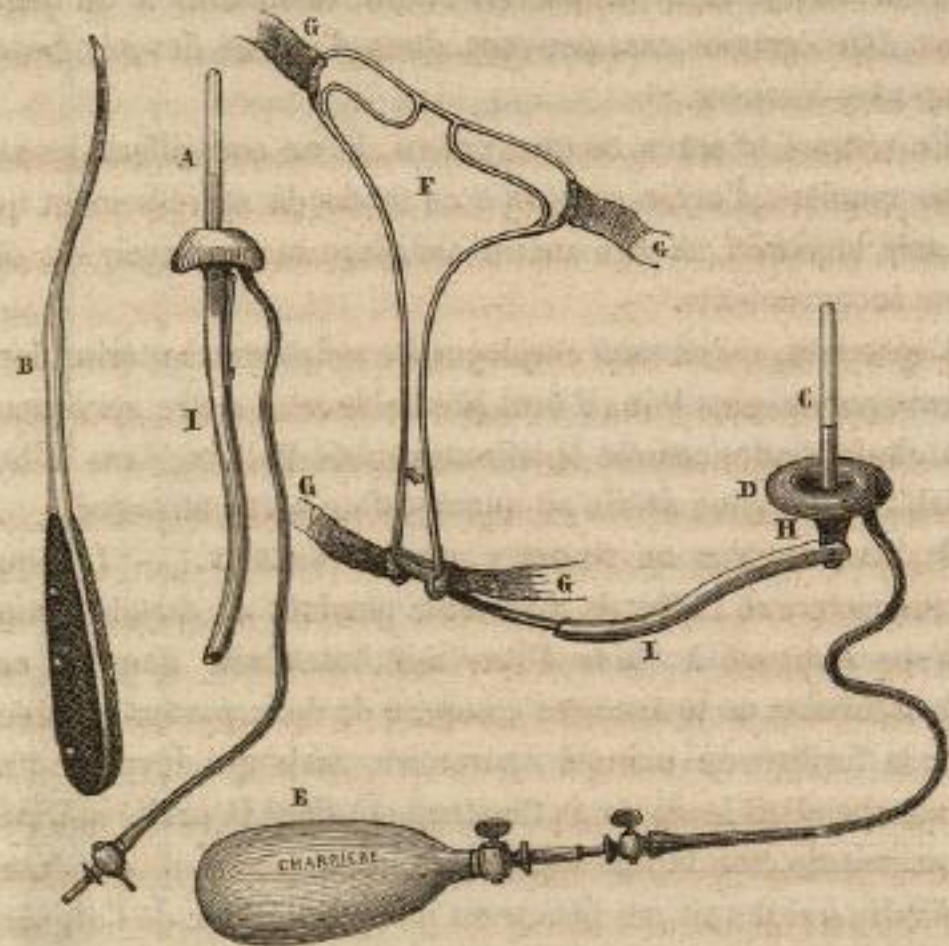


Fig. 5. — Explication du pessaire redresseur de Valleix.

- A. Tige intra-utérine d'ivoire, vue droite, munie d'un disque de caoutchouc non soufflé.  
 B. Manche se montant dans le tube creux de la tige A pour son introduction.  
 C. Tige intra-utérine, vue courbée et appliquée.  
 D. Disque de caoutchouc rempli d'air par la poire E, et servant de point d'appui pour le col de l'utérus.  
 F. Plaque hypogastrique à suspension, servant à maintenir immobile la tige du redresseur une fois placée.  
 G, G, G. Rabans de fil servant à immobiliser tout l'appareil.  
 H. Ressort servant à maintenir immobiles la tige vaginale I et la tige utérine C.  
 I. Tige vaginale articulée avec la tige utérine A.

On verra que cet instrument, toujours bien imparfait, pouvait subir encore de nouveaux changements, et je dois dire que Valleix s'efforçait chaque jour de le perfectionner davantage. Il avait d'abord diminué le volume du disque; puis s'étant aperçu qu'alors le disque lui-même pouvait pénétrer dans la cavité du col utérin et permettre ainsi à la tige, qui pour lui n'était plus de métal, mais d'ivoire, de venir heurter le fond de l'utérus et même de le perforer, il avait remplacé le disque métallique par un disque de caoutchouc vulcanisé, qui, vide d'air et ne présentant qu'un volume insignifiant au moment de l'introduction de l'instrument, ne gênait en rien les manœuvres; puis, ce disque étant insufflé, offrait au col de l'utérus un support aussi efficace et plus moelleux que le disque métallique. Mais la principale des améliorations apportées par Valleix à son instrument, fut la modification qui donnait la possibilité de rabattre la tige utérine pour l'introduction, et qui consistait en un ressort H qui jouait ensuite de lui-même après l'opération et replaçait les deux tiges vaginale I et utérine C à angle droit, comme elles le sont dans l'instrument primitif de M. Simpson: c'est ce redresseur à tige articulée et à disque de caoutchouc que Valleix employait exclusivement en dernier lieu.

*Manuel opératoire.* — La tige utérine étant donc abaissée de façon à se continuer en ligne droite avec la tige vaginale, et cette partie de l'instrument étant portée sur un manche *ad hoc*, on commence par relever l'utérus à l'aide de la sonde, puis on introduit la tige d'ivoire dans sa cavité, en se servant comme conducteur de l'index gauche placé dans le vagin.

Une fois la tige bien enfoncée dans l'utérus, on fait jouer le ressort, puis on place le plastron que l'on fixe à l'autre partie de l'appareil au moyen d'un fil serré. Un lien placé en ceinture et deux sous-cuisses maintiennent l'instrument en place.

*Précautions à prendre après l'application du redresseur.* — Souvent cet instrument ne peut être supporté plus de quelques heures, et alors il ne faut pas insister; on doit le retirer immédiatement. D'autres fois, les coliques utérines légères qui sui-

vent son application diminuent graduellement et disparaissent tout à fait.

Mais au bout d'un certain temps, très variable suivant les femmes, et qui pour quelques-unes peut durer quelques heures seulement, et d'habitude de huit à dix jours, ces coliques reviennent; il s'écoule un peu de sang, les règles apparaissent, et, suivant Valleix, il faut alors enlever l'instrument.

Chez les femmes qui, pour une cause ou pour une autre, ne sont pas réglées, le redresseur est supporté plus longtemps. Valleix a pu le laisser quarante-huit et quarante-neuf jours chez une nourrice. M. Simpson, qui ne l'enlève pas au moment des règles, avait en 1852 une malade qui le portait sans interruption depuis plus de trois ans. (*Des déviations utérines*, Valleix.)

Mais Valleix, craignant les métrorrhagies et l'anémie qui en est la conséquence, ne laissait pas l'instrument pendant les règles; car il avait remarqué qu'il en augmentait l'abondance.

Souvent cette première application ne suffit pas, et il faut y revenir à plusieurs reprises, en ayant soin de surveiller bien attentivement les malades pour enlever l'instrument juste au moment opportun. C'est là un point sur lequel Valleix a insisté, et je ne puis mieux faire que de rapporter à ce sujet ses propres paroles extraites des *Leçons cliniques sur les déviations utérines* qu'il a professées en 1852 à l'hôpital de la Pitié, et qui ont été recueillies et publiées sous ses yeux par son interne, M. Gallard :

« Quand les malades ont porté le redresseur pendant un certain temps, un moment arrive ordinairement où, après avoir joui d'une parfaite santé, elles sont prises de coliques utérines plus ou moins fortes et rapprochées, de douleurs se prolongeant dans les lombes, quelquefois avec une courbature générale et un peu de tension du ventre. Il faut alors enlever le redresseur; car ou les règles vont apparaître, et il pourra être nécessaire de le replacer plus tard, ou elles ne se montrent pas encore,

et ces symptômes indiquent que la présence de l'instrument a déterminé dans l'utérus un travail favorable à la guérison. Je pense, en effet, que l'utérus ne se maintient pas en place seulement parce qu'on l'y a remis, mais parce que la tige utérine, en séjournant dans sa cavité, a eu sur ses parois une action excitante susceptible de modifier la vitalité des tissus. Cette action commence après un temps variable. » (*Loc. cit.*, p. 165, 166.)

Enfin, dans certains cas de rétroversion et de rétroflexion, Valleix en était venu à se dispenser complètement de la tige intra-utérine à demeure; il redressait l'utérus avec la sonde, puis le maintenait fixé dans cette position à l'aide d'un pessaire Gariel. Des expériences cadavériques lui avaient démontré l'efficacité de ce support.

On trouve à ce sujet des renseignements utiles dans la thèse de M. Cusco (1).

*Avantages des redresseurs utérins.* — Comment peuvent et doivent agir les redresseurs utérins pour maintenir une déviation et la faire disparaître? C'est là une question qu'il est important de décider, et qui doit servir de base à la discussion.

Les redresseurs utérins peuvent-ils rétablir la direction normale de l'utérus purement et simplement par le seul fait de son remplacement dans la situation qu'il doit occuper, et ne peut-on être exposé à voir la matrice reprendre sa position vicieuse une fois que l'instrument, qui l'avait momentanément effacée, aura été retiré de la cavité utérine? J'avoue que j'incline vers cette opinion, et je suis heureux de la voir conforme à celle de beaucoup d'habiles praticiens qui l'ont émise avant moi. Telle est notamment l'opinion de M. Aran qui s'est occupé spécialement de ce sujet.

Pour guérir les déviations, les redresseurs agissent d'une manière spéciale; ils déterminent une phlegmasie légère de l'utérus et du tissu cellulaire qui l'entoure. Cette inflammation dure

(1) Cusco, *De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus* (Thèse de concours d'agrégation, Paris, 1853, in-4).

tout le temps que les redresseurs sont en place, et souvent même très longtemps après, enclavant momentanément l'utérus dans le tissu cellulaire enflammé qui l'entoure. Si cette inflammation est terminée par résolution, comme cela a souvent lieu, il se forme des adhérences, et la matrice se trouve consolidée en place et redressée. Tel est certainement ce qui a lieu dans un certain nombre de cas; car personne ne saurait mettre en doute que des guérisons positives n'aient été obtenues par Simpson et par Valleix. Je dis plus, c'est que si l'on admet la réalité de ces guérisons, et je les admet, elles ne peuvent s'expliquer autrement; tous les médecins ne sont pas de cette opinion, et pour beaucoup il est difficile de regarder les guérisons comme réelles; je transcris textuellement l'opinion de M. Aran sur ce sujet :

« Je dois déclarer que je n'ai jamais vu dans les antéversions ou rétroversions aucune guérison résultant de l'emploi des pessaires intra-utérins, et l'instrument retiré, l'utérus m'a paru reprendre toujours sa place ancienne, ce qui ne veut pas dire que les malades n'aient pas été soulagées et très soulagées, probablement par la dilatation de la cavité utérine, et beaucoup aussi par l'immobilisation de l'organe. Dans les flexions, au contraire, et seulement dans les flexions en arrière du col et du corps, j'ai pu constater non pas des redressements complets, jamais je n'ai été assez heureux pour cela, mais des changements considérables dans la courbure. »

Si les guérisons de redressement sont réelles, et si elles ne peuvent avoir lieu qu'à la condition que les redresseurs déterminent un certain degré d'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin qui aboutit à l'enclavement et à la fixation de l'utérus dans la nouvelle position qu'on lui a donnée, je prétends que là est un grand danger; c'est spécialement de cette circonstance que naissent tous les inconvénients graves signalés par tant de médecins comme résultat de l'emploi des redresseurs utérins.

*Quels sont les inconvénients des redresseurs utérins?*

1° L'application des redresseurs produit souvent des douleurs

vives qui sont quelquefois assez fortes pour obliger le médecin de renoncer à leur emploi.

2° Elle peut produire une augmentation des engorgements inflammatoires qui accompagnent si fréquemment les déviations utérines; elle peut les faire passer de l'état chronique à l'état aigu.

3° Les redresseurs utérins produisent souvent un écoulement de sang qui, dans quelques circonstances, aboutit à une métrorrhagie.

4° Ils augmentent les sécrétions pathologiques.

5° Ils déterminent chez beaucoup de femmes l'apparition d'un mouvement de fièvre symptomatique de l'inflammation des organes du petit bassin que l'application des redresseurs a produite.

6° Les redresseurs ont parfois amené des métrites aiguës ou chroniques, des phlegmons péri-utérins plus ou moins étendus et plus ou moins graves. La science possède maintenant un certain nombre d'observations de ce genre.

7° Les redresseurs utérins ont produit, dans plusieurs cas (Broca, Cruveilhier), une conséquence beaucoup plus fâcheuse, car ils ont amené une péritonite et la mort; ces faits sont maintenant acquis à la science, et personne ne saurait les récuser.

Voici maintenant les conclusions auxquelles me conduit mon expérience personnelle. On doit rejeter d'une manière absolue et formelle l'emploi des redresseurs utérins pour les raisons suivantes :

1° Ils ne redressent jamais l'utérus, lorsque cet organe et le tissu cellulaire qui l'entoure restent à l'état normal.

2° Ils ne redressent l'utérus qu'en déterminant un certain degré de métrite et de phlegmons péri-utérins nécessaires pour enclaver l'utérus et le fixer dans sa nouvelle position. Or ce sont des lésions dont on ne peut ni mesurer ni modérer l'intensité, et qui peuvent être la source d'accidents graves.

3° Dans ce dernier cas même, le redressement est encore fort

incertain, et il est nié par beaucoup de médecins qui l'ont expérimenté avec soin.

4° Ils déterminent souvent des accidents graves qui altèrent pour longtemps la santé de la femme, et auxquels il est parfois très difficile de remédier; enfin ils ont plusieurs fois amené la mort.

4° DOUCHES FROIDES. — On a conseillé les douches froides pour combattre les déviations de l'utérus. Elles constituent certainement un moyen excellent; mais il faut s'entendre sur leur mode d'application, et surtout sur leur manière d'agir et sur les cas dans lesquels on peut y avoir recours.

Les douches froides vaginales ascendantes, pratiquées à l'aide du grand irrigateur d'Éguisier, de l'appareil à douches de Charrière (voy. t. 1<sup>er</sup>, p. 352), ou de toute autre pompe un peu énergique, peuvent être employées dans deux circonstances différentes qui sont les suivantes :

1° *Déviations accompagnées d'un engorgement inflammatoire du col et du corps de l'utérus, se traduisant par des symptômes caractéristiques.* — Dans ce cas, les douches froides intérieures combattent directement l'engorgement inflammatoire, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire; elles contribuent de plus à faire que le traitement étant achevé, l'utérus se trouve naturellement redressé. Ce moyen est bon; mais il constitue un traitement long et qui peut se prolonger plusieurs mois. Je conseille plutôt d'employer les douches froides en même temps qu'on a recours aux autres moyens thérapeutiques dont on fait ordinairement usage contre les lésions phlegmasiques du col et du corps de l'utérus, et en particulier des cautérisations.

2° *Déviations non accompagnées d'engorgement inflammatoire, et par conséquent ne se traduisant pas par des symptômes bien nets.* — Que ces symptômes aient existé et aient disparu sous l'influence d'un traitement spécial, ou bien qu'ils n'aient jamais existé, le cas est le même. On se trouve alors très bien des douches froides qui, en donnant du ton aux liga-

ments de l'utérus et à l'organe lui-même, peuvent ainsi achever de le redresser, et surtout empêcher la reproduction des engorgements inflammatoires qui avaient produit les premiers symptômes observés.

§ 2. Traitement des déviations, au point de vue des médecins qui n'accordent aux lésions anatomiques qu'une importance secondaire.

Deux cas peuvent se présenter :

1° Les déviations sont accompagnées d'un état phlegmasique, et par conséquent manifestent leur existence par des phénomènes morbides spéciaux; alors on doit faire abstraction complète de la déviation, agir sur l'inflammation utérine absolument comme si la version n'existait pas. Il faut donc combattre ces lésions phlegmasiques, aiguës et chroniques, absolument comme si elles étaient simples, et en se basant sur les indications décrites tome 1<sup>er</sup>, pages 325, 401, 425. Il y a cependant deux circonstances qui ne doivent pas être perdues de vue.

a. La déviation utérine s'oppose souvent, lorsqu'elle est considérable, à ce que le spéculum puisse atteindre et embrasser le col de l'utérus, et par conséquent elle empêche de pratiquer les cautérisations si souvent nécessaires en pareil cas. S'il en est ainsi, on doit commencer par essayer de redresser l'utérus avec le doigt et en imprimant au spéculum des mouvements de bascule qui lui permettent d'embrasser le col; mais si l'on échoue, il faut sans hésiter avoir recours à la sonde utérine. On redresse alors l'utérus à l'aide de cette sonde, préalablement introduite à l'aide du doigt dans la cavité utérine. On tient fixement la sonde dans la main gauche, puis avec la main droite on introduit un spéculum plein qui laisse filer dans son milieu la sonde utérine; on est alors certain d'arriver jusqu'au col, de le circonscrire, de l'embrasser dans l'orifice interne du spéculum et de pouvoir pratiquer toutes les cautérisations nécessaires. Une fois la cautérisation effectuée, on enlève le

spéculum, et l'on recommence la même opération si une nouvelle cautérisation devient utile.

*b.* Lorsque des déviations sont accompagnées d'engorgements inflammatoires du col ou du corps de l'utérus, il est nécessaire, sinon indispensable, d'employer en même temps que les autres moyens des douches froides d'une certaine énergie. Elles diminuent peu à peu les déviations, combattent l'abaissement, et font que souvent le changement de direction de l'utérus est tout à fait modifié quand les lésions phlegmasiques aiguës ou chroniques de l'organe sont guéries.

2° Les déviations ne sont accompagnées d'aucun engorgement inflammatoire, et par conséquent ne se traduisent par aucun phénomène morbide.

Si aucun symptôme n'existe, les femmes ne sont pas prévenues de l'existence de la déviation; le médecin ne peut par conséquent songer à examiner les organes, et le traitement devient nécessairement nul.

Mais on peut arriver à pratiquer cet examen, soit incidemment, soit qu'un engorgement inflammatoire ait existé à une époque antérieure ou récente.

En pareille circonstance, deux cas peuvent se présenter :

*a.* La déviation est médiocre. Il ne faut absolument rien faire, à moins que la femme n'ait été affectée tout récemment d'un engorgement inflammatoire, cas qui rentrerait alors dans le suivant.

*b.* La déviation est considérable; il y a lieu de craindre le développement d'un engorgement inflammatoire. Or, rien ne réussit mieux en pareil cas que les douches froides un peu énergiques; elles donnent du ton à l'utérus, aux ligaments larges, et contribuent aussi bien à redresser l'utérus qu'à prévenir les complications dont cet organe pourrait devenir consécutivement le siège.

### § 1. Des versions ou inclinaisons de l'utérus.

Les versions, ainsi que je l'ai dit, sont de trois espèces :

1° l'antéversion, 2° la rétroversion, 3° les latéroversions. Nous allons les étudier successivement.

### I. De l'antéversion de l'utérus.

On admet l'existence d'une antéversion quand le corps de l'utérus est incliné en avant sans qu'il existe aucune flexion de l'organe. Le col est porté en haut et en arrière, tandis que le corps est renversé en bas et en avant.

#### ARTICLE I. — Étologie de l'antéversion de l'utérus.

Les causes de l'antéversion sont de deux espèces. Les unes sont propres à toutes les espèces de déviations; nous les avons étudiées en traitant de l'étiologie des déviations en général. Les autres sont spéciales à l'antéversion: c'est de celles-là seules qu'il sera question.

*Age.* — L'âge exerce manifestement une influence; cependant MM. Jobert et Huguier ont cité des cas d'antéversion embryonnaire et d'antéversion congénitale. D'après les relevés de Valleix, c'est de dix-neuf à vingt-trois ans que débute en général l'antéversion; le plus grand nombre de cas se trouve entre vingt et vingt-huit ans.

La *constitution*, le *tempérament*, l'état de santé antérieur, ne paraissent pas avoir exercé d'influence notable sur la production de l'antéversion; les résultats statistiques n'ont fourni aucun document précis à cet égard.

*Accouchements antérieurs.* — Valleix donne les résultats statistiques suivants, destinés tout au plus à éclairer la prédisposition: sur 20 cas qu'il a analysés, 18 femmes avaient eu antérieurement un ou plusieurs accouchements, 12 un seul enfant, et 6 plusieurs; dans 2 cas seulement, l'accouchement avait été laborieux. Cette statistique ne nous éclaire pas sur la question beaucoup plus importante de savoir si les premiers symptômes de l'antéversion avaient succédé à l'accouchement ou étaient venus longtemps après.

*Avortement.* — Sur les 20 malades de Valleix, 3 avaient eu un avortement, et, chez l'une d'elles, l'antéversion en avait été la conséquence immédiate et évidente. Ce médecin conclut, du reste, de l'analyse de ses observations, que l'accouchement ou l'avortement chez une femme très jeune peuvent très bien être la cause de l'antéversion.

On a considéré comme causes de l'antéversion la *constipation* opiniâtre et rebelle, la *péritonite* aiguë ou chronique ayant produit des adhérences vicieuses, les *pessaires* mal appliqués.

Il est d'autres causes plus évidentes qui sont les suivantes :

Les *adhérences du col* à la partie postérieure, c'est-à-dire au voisinage du rectum. Le col étant immobilisé, on expliquerait ainsi le basculement du corps de l'utérus ; malgré le fait de ce genre rapporté par madame Boivin, on ne saurait admettre comme démontrée d'une manière absolue la réalité de cette cause.

Les *efforts violents*, et spécialement les efforts consistant dans une propulsion du corps d'arrière en avant, ont été considérés comme causes d'antéversion, idée plutôt théorique que réelle. Cependant le fait serait possible, et il s'agirait seulement de le démontrer.

Les *excès de coït* favorisent la production beaucoup plus de l'antéversion que de la rétroversion.

Les *engorgements inflammatoires* du corps et du col de l'utérus peuvent produire l'antéversion comme ils occasionnent les autres déviations. On trouve cependant plus spécialement comme cause l'inflammation isolée du col utérin qui, en raison de son poids devenu plus considérable, tend à s'abaisser en même temps qu'il est porté en arrière, et surtout l'inflammation bornée à la paroi antérieure du corps de l'utérus, et dont on trouve un très bel exemple dans l'ouvrage de madame Boivin et Dugès.

On possède quelques résultats statistiques qui viennent confirmer ces données. Ainsi, M. Ameline, dans sa thèse, signale, sur 12 cas d'antéversion, 9 fois l'*engorgement utérin* comme

cause. La plupart des partisans des déviations primitives ne peuvent eux-mêmes s'empêcher d'admettre la réalité de cette cause, ou du moins ils reconnaissent qu'elle favorise singulièrement la production de l'antéversion.

#### ARTICLE II.—Symptomatologie, marche et durée de l'antéversion de l'utérus.

Si nous cherchons à résumer le tableau des troubles fonctionnels que l'antéversion peut produire, en empruntant la description des auteurs qui ont considéré les symptômes de cette déviation d'une manière générale, et sans tenir compte des engorgements inflammatoires que l'utérus, atteint de cette déviation, peut présenter, on devra regarder le tableau suivant comme suffisamment exact.

Le *début* de l'antéversion est rarement brusque (un seul cas) ; il est la plupart du temps lent et insidieux.

La femme accuse des douleurs dans les aines, les cuisses ; la marche est difficile et douloureuse ; il y a des envies fréquentes d'uriner, un écoulement leucorrhéique et des troubles digestifs. Les malades sentent leurs forces diminuer et maigrissent d'une manière notable.

Une fois la maladie confirmée, on observe les phénomènes suivants :

Les malades accusent une douleur utérine spontanée qui n'a manqué qu'une fois sur *vingt cas*. Valleix l'a observée 17 fois dans les cuisses, 10 fois à l'hypogastre, et 19 fois elle se propageait en même temps dans les deux cuisses ; et, dans ces différentes parties, elle variait d'intensité et de caractère.

Souvent ces douleurs existent aussi dans d'autres parties ; elles s'observent dans les reins, au sacrum, au périnée, ou bien encore l'antéversion est caractérisée par une sensation de pesanteur dans le bassin ; la marche est pénible, fatigante pour les malades et produit des tiraillements dans l'abdomen ; les femmes se fatiguent facilement et accusent rapidement de la courbature.

La miction était difficile (15 fois sur 19). Les évacuations alvines étaient souvent rares et pénibles.

La menstruation se présente avec des caractères très variables : tantôt normale, tantôt plus abondante, et, dans d'autres cas, plus rare et plus difficile.

Cet exposé des symptômes est exactement le même que celui qui a été donné pour les déviations considérées d'une manière générale ; c'est qu'en effet cette similitude est réelle et tient à ce que dans l'antéversion, comme dans toutes les autres espèces de déviations, les symptômes sont dus aux engorgements inflammatoires concomitants, et que les déviations qui les accompagnent ne les produisent pas, mais ne font que les augmenter et les caractériser davantage, et rendent en même temps la maladie plus rebelle et plus tenace que quand elles n'existent pas.

*Examen de l'utérus.* — 1° L'examen au spéculum montre le col utérin toujours plus volumineux, surtout chez les femmes qui avaient eu plusieurs enfants. Chez quatre malades, il y avait en même temps des granulations du col, et, chez une autre, des ulcérations. Le col était toujours placé en arrière, et il fallait le faire basculer pour l'examiner.

2° Le toucher vaginal constate que le corps de l'utérus est toujours en avant, derrière le pubis, et le col en arrière, appuyé sur le rectum et correspondant à l'excavation du sacrum ; il est en général impossible de toucher avec le doigt la face postérieure de l'utérus.

3° Le toucher rectal, souvent inutile, montre le col porté en arrière et à la partie postérieure, dans la cavité du sacrum.

4° Le cathétérisme utérin peut être employé avec quelque utilité ; il permet de constater la mobilité de l'utérus et la possibilité de le redresser. C'est ce qu'il est assez facile de faire en faisant basculer l'utérus, en ramenant le col en avant, et en faisant agir le bec de la sonde concurremment avec le doigt. On doit cependant observer qu'il est quelquefois utile de commencer par ramener le col en avant avec le doigt, afin de

rendre ensuite possible l'introduction du bec de la sonde dans la cavité du col utérin.

La possibilité de redresser l'utérus à l'aide du doigt et de la sonde utérine est une circonstance qui ne manque pas d'importance ; elle prouve au moins que la tumeur dont il s'agit est bien l'utérus.

L'antéversion est, d'après Valleix, une cause manifeste de stérilité. C'est un fait parfaitement démontré, suivant lui, et une circonstance qui tendrait à confirmer cette opinion, que beaucoup de femmes n'avaient eu qu'un seul accouchement antérieur, celui probablement auquel on pouvait faire remonter le point de départ de l'antéversion.

Des symptômes généraux viennent presque toujours compliquer l'antéversion. L'embonpoint diminue, le teint est pâle, décoloré ; une véritable anémie par diminution des globules du sang se développe souvent.

La *marche* de l'antéversion est constamment progressive avec des instants de rémission et d'exacerbation : sa *durée* est indéterminée. D'après Valleix, l'antéversion tend constamment à s'accroître, et jamais à guérir spontanément, quelquefois guérit spontanément à l'âge critique et ne se termine jamais par la mort.

On peut répondre aux médecins qui demandent tous les jours si une antéversion considérable peut exister seule et indépendante de toute inflammation chronique et de toute maladie du col ou du corps de l'utérus : non, il n'en existe pas une seule observation bien authentique. Toutes les fois qu'on a trouvé cette antéversion portée à un degré considérable, il existait en même temps un engorgement du col et du corps de l'utérus, ou bien une maladie organique de cet organe.

L'antéversion, à un degré médiocre et sans engorgement inflammatoire ou autre de l'utérus, ne donne naissance à aucun phénomène morbide, et ne se traduit par aucun symptôme particulier ; seulement, chez les femmes qui en sont atteintes, il peut survenir aussi, et même plus facilement que chez



d'autres, une inflammation chronique du col ou du corps de l'utérus; c'est alors seulement que les symptômes, qui se produisent, viennent en annoncer l'existence. En pareil cas, ce n'est pas l'antéversion qui a occasionné les congestions ou les inflammations chroniques; mais ce sont ces congestions et ces inflammations qui se sont manifestées chez les femmes atteintes d'antéversion de l'utérus, aussi et plus facilement peut-être que chez d'autres. On peut donc tout au plus accuser l'antéversion d'avoir favorisé le développement de cette phlegmasie chronique du col et du corps de l'utérus, mais non de l'avoir produite directement.

**ARTICLE III. — Traitement de l'antéversion de l'utérus.**

On a employé, pour le traitement de l'antéversion, les moyens divers que nous avons étudiés avec soin, en nous occupant du traitement des déviations considérées d'une manière générale. Je vais maintenant examiner rapidement les résultats qui ont été obtenus dans le traitement de l'antéversion.

Les diverses espèces de *pessaires* introduits et placés dans le vagin, après la réduction préalable de l'utérus, ont été très longtemps employées et le sont encore.

Les *pessaires* de Gariel, de caoutchouc vulcanisé, introduits dans le cul-de-sac vaginal rétro-utérin, et gonflés après cette introduction, remplissent très bien cette indication, et refoulent le col en bas et en avant. Quelquefois on emploie des *pessaires* en bilboquet, *pessaires* dont la tige va s'attacher en dehors, soit sur une cuirasse vulgaire, soit sur des rubans qui sont maintenus au dehors d'une manière continuelle.

En résumé, je crois que les *pessaires* n'ont que très peu d'efficacité dans l'antéversion, et qu'on peut très bien se dispenser d'y avoir recours.

*Redresseurs utérins.* — Valleix a annoncé les résultats suivants obtenus à l'aide de son redresseur appliqué à l'antéversion.

Le redresseur a été employé pendant un espace de temps qui

a varié de quatre à dix jours, moyenne, huit jours. Il a été bien supporté dans tous les cas, et n'a jamais occasionné d'accidents sérieux; seulement, chez deux malades, il a reproduit les symptômes d'une métrite chronique qui avait existé antérieurement, symptômes qui consistaient en accélération du pouls, chaleur de la peau, douleurs utérines. Ces accidents cédèrent à l'application de quelques sangsues, et permirent de replacer l'instrument quatre ou cinq jours après. Chez une troisième femme, on a observé une inflammation du tissu cellulaire ambiant.

Sous l'influence du redresseur utérin, il a vu en général les règles avancer, devenir plus abondantes, quelquefois même au point de constituer une véritable métrorrhagie (deux cas).

Les moyens accessoires conseillés par Valleix ont été, dans les douleurs utérines, les calmants, les narcotiques, et spécialement les vésicatoires morphinés; quelquefois des sangsues, des laxatifs légers, les ferrugineux pour l'anémie concomitante, enfin quelquefois des affusions froides.

La durée du traitement a varié de quinze jours à six mois; la moyenne deux mois et demi, et après la cessation du traitement il est souvent resté des symptômes généraux qu'il a fallu combattre. Sur 17 cas, Valleix a observé trois fois des rechutes.

S'il existe des granulations et des ulcérations, elles constituent une complication qu'il faut traiter simultanément par des cautérisations.

Pour résumer les faits de Valleix, nous dirons, avec lui, que, sur 20 antéversions, il a obtenu 12 guérisons complètes; une 13<sup>e</sup> dont la guérison n'était pas certaine; 3 rechutes, 2 simples améliorations; 2 étaient encore en traitement à l'instant où M. Gallard publiait ses leçons.

En acceptant les résultats de Valleix, tels qu'il les a donnés, on ne les trouve pas bien étonnants. Sur 20 cas, 12 guérisons, et encore à quelles conditions? Un traitement long, fatigant, et de plusieurs mois de durée. Puis, le succès n'est-il pas dû également aux autres moyens employés simultanément: le repos, les bains, les calmants, les affusions froides? Tout ceci ne