

reste maintenant à indiquer en quoi et comment ils ont pu contribuer aux progrès de la science en suivant cette voie, et à préciser la part qui leur revient dans l'œuvre laborieuse à laquelle ils ont travaillé avec tous les efforts d'un talent souvent remarquable et d'une conviction quelquefois un peu trop ardente, selon nous. Ces recherches sont celles qui caractérisent la troisième période de l'histoire des maladies utérines en France.

Déjà, à une époque antérieure, on s'était occupé des déviations utérines, et, sous cette dénomination, nous entendons parler d'une façon générale, tant des déplacements complets de l'organe, désignés plus spécialement sous le nom de *versions*, que de ses déplacements partiels, auxquels on a donné le nom de *flexions*. Mais ces affections avaient surtout frappé les auteurs anciens par leur gravité extrême, lorsqu'elles se présentaient dans l'état de plénitude de l'utérus, et ils ne s'en préoccupaient que fort médiocrement en dehors de la gestation.

Amussat (1) lui-même avait suivi ces errements, en ne s'occupant, dans le principe, que des déviations affectant un utérus gravide. Plus tard, il a donné plus d'attention à celles de ces lésions qui surviennent en dehors de la grossesse.

Lorsqu'on commença à se servir du spéculum, on pensa, comme nous avons déjà eu occasion de le dire, que cet instrument allait pouvoir fournir, à lui tout seul, les renseignements désirables sur les divers états pathologiques de l'organe gestateur, et on négligea beaucoup la pratique du toucher. Cependant, quoique reléguées sur un second plan, les déviations ne furent pas pour cela rejetées complètement en dehors du tableau de la pathologie féminine; elles y occupèrent toujours une certaine place. C'est ainsi que, dès 1828, nous voyons Lair s'occuper des difficultés qu'elles fournissent pour l'examen du museau de tanche au spéculum, et proposer le redressement

(1) Amussat, *Mémoire sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse* (Journ. de chirurgie, 1843, p. 13).

momentané à l'aide d'une sonde introduite dans la cavité du col. Déjà, avant lui, M. Bazin (1) avait signalé leur importance, et M. Ameline (2) avait créé les noms de *rétroflexion* et d'*antéflexion*. Mais ce qui a surtout attiré l'attention des praticiens sur ces altérations encore peu ou mal connues, c'est le mémoire de M. Hervez de Chégoin (3). Cet auteur propose en effet de s'attaquer directement à la déviation, de la réduire, et de la maintenir réduite à l'aide d'un pessaire particulier, dont la saillie repoussera l'organe dévié dans sa direction normale. A l'aide de ce moyen, on pourra, suivant lui, parvenir à faire disparaître tous les accidents qu'il attribue uniquement à la déviation, en la regardant comme la lésion primitive, celle qui tient tous les autres phénomènes sous sa dépendance immédiate.

Depuis, presque tous les auteurs mentionnèrent les déviations, mais sans leur attacher une aussi grande importance; Baudelocque en parle, madame Boivin et Dugès en citent quelques observations, empruntées le plus souvent à des auteurs étrangers, Lisfranc les considère comme étant sous l'influence de l'engorgement, et tout est dit. Les versions sont les seules de ces déviations desquelles on paraisse s'occuper, les flexions sont à peine citées pour mémoire. Ameline, après les avoir baptisées, a cru avoir assez fait pour elles, et ne s'en est plus occupé. Le traitement de M. Hervez de Chégoin, on le conçoit aisément, est beaucoup plus applicable aux versions qu'aux flexions, contre lesquelles on ne comprend pas qu'il puisse agir.

M. Lacroix, ayant dans un concours à faire une thèse *Sur l'antéversion et la rétroversion de l'utérus* (4), se

(1) Bazin, *Thèse sur la rétroversion de l'utérus*. Paris, 1827.

(2) Ameline, *Essai sur l'antéversion de l'utérus*. Paris, 1827.

(3) Hervez de Chégoin, *Quelques déplacements de la matrice et des pessaires les plus convenables pour y remédier* (Mém. de l'Acad. de méd., t. II, p. 319). Paris, 1833.

(4) Lacroix, *De l'antéversion et de la rétroversion de l'utérus* (Thèse de concours de l'agrégation en chirurgie). Paris, 1844, 1 vol. in-8.

croit en quelque sorte autorisé, par les termes mêmes de la question, à ne donner que très peu de développement à ce qui concerne l'antéflexion et la rétroflexion ; mais il a le tort de pousser plus loin qu'il ne conviendrait cette conclusion, en regardant ces derniers états pathologiques comme beaucoup moins importants, et surtout moins fréquents que les premiers. Son travail (comme il arrive du reste malheureusement trop souvent dans les thèses de concours, faites à la hâte et en quelques jours) n'est pas mûri par l'expérience pratique. On sent très bien, en le lisant, que l'auteur ne trace pas ses descriptions d'après nature. Presque toutes ses observations, et elles sont nombreuses, sont empruntées à divers ouvrages. D'après les relevés qu'elles lui fournissent, il juge la rétroversion plus fréquente que l'antéversion ; et pour justifier ce résultat, il invoque, comme causes anatomiques susceptibles de faciliter le déplacement en arrière, des circonstances qui peuvent tout aussi bien agir pour favoriser le renversement en avant. Il oublie que l'utérus étant, le plus habituellement, incliné en avant, il lui doit être beaucoup plus facile, par conséquent, de tomber tout à fait dans ce sens que dans le sens opposé, et que, par conséquent, l'antéversion devra être beaucoup plus fréquente que la rétroversion, comme cela a du reste été noté par tous les auteurs qui ont écrit depuis lui. Ce qui le confirme surtout dans son erreur, c'est qu'il n'a pas songé à cette particularité, pourtant assez importante, savoir que, pour un observateur dont l'attention ne sera pas suffisamment éveillée, un léger degré d'antéversion pourra passer très facilement inaperçu à cause de cette obliquité antérieure de la matrice qui existe à l'état normal. Enfin il complique sa statistique des rétroversions de beaucoup de faits complètement étrangers à cette déviation, et qui aujourd'hui, mieux connus, s'expliquent par la présence de tumeurs inflammatoires ou sanguines situées au voisinage de l'utérus, comme cela a lieu, par exemple, pour ses observations treizième et quatorzième. On sait, en effet, que ces tumeurs péri-utérines sont beaucoup plus habituellement

situées à la partie postérieure de la matrice, ce qui leur avait même valu, dans le principe, la dénomination de tumeurs rétro-utérines.

Il faut donc, à propos des déviations, passer très rapidement par-dessus tous les ouvrages de la période précédente, ouvrages importants au point de vue des autres altérations de l'utérus dont nous nous sommes occupé plus haut, mais qui ne nous fournissent aucun document relativement aux déviations de cet organe. Nous arrivons ainsi jusqu'à M. Velpeau. Ce professeur paraît être le chef d'une école nouvelle, qui va reléguer l'engorgement sur le second plan, ou même le nier complètement, et mettre le plus grand nombre des désordres éprouvés par les femmes atteintes d'affections de l'utérus sur le compte d'une déviation de cet organe, plus particulièrement d'une flexion. Nous ne voudrions certainement pas faire dire à cette école plus qu'elle n'a voulu dire elle-même, et pour qu'on sache bien quelles sont au juste ses prétentions, nous emprunterons à son chef, à M. Velpeau lui-même, sa profession de foi ou son programme. Bien que le savant professeur de clinique chirurgicale de la Charité ait déjà agité cette question (1), et qu'il l'ait reprise depuis dans diverses discussions académiques (1849 et 1854), comme nous aurons occasion de le dire plus tard, c'est surtout à son enseignement dogmatique que nous voulons demander les renseignements dont nous avons actuellement besoin. Ces renseignements, nous les retrouverons surtout dans les *Leçons cliniques* (2), dont nous reproduisons ici les passages les plus caractéristiques : « Parmi les maladies qui attaquent l'utérus dans son ensemble, *celles que nous allons décrire en commençant méritent à peine le nom de maladies*. Ce sont des affections qui jouent cependant un grand rôle dans la vie de la femme, nous voulons parler des *déviations de la matrice*... La seconde classe des déviations, ou les inflexions, ont été à

(1) Velpeau, *Traité complet des accouchements*, 1835, 2 vol. in-8, fig.

(2) Velpeau, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, faites en 1843, à l'hôpital de la Charité, et publiées par M. Pajot, dans la *Gazette des hôpitaux*, p. 314.

peine mentionnées. Il y a vingt ans déjà, pourtant, que j'ai cherché à appeler l'attention des médecins sur ce sujet. J'y reviendrai avec détail, car je le considère comme d'une haute importance. En effet, ce genre de déviation est d'une *fréquence extrême*; plus j'avance dans la pratique, plus il m'est donné d'en observer. Si bon nombre de praticiens les ignorent, c'est que beaucoup d'entre elles passent inaperçues, d'autant plus que ce sont souvent des *dérangements sans gravité*, et dont les conséquences sont ordinairement subordonnées à la constitution, à la condition, et surtout au caractère des femmes qui en sont atteintes. Je n'ignore pas que quelques personnes prétendent que j'en vois même quand il n'y en a pas. *J'affirme cependant que la plupart des femmes traitées pour d'autres affections de matrice n'ont que des inflexions utérines, et je dis que, dix-huit fois sur vingt, les malades souffrant de la matrice ou de quelque partie de cette région, celles, par exemple, auxquelles on trouve des engorgements, sont affectées de déviations de l'utérus.* Pour beaucoup de praticiens, quand il s'agit de maladies de matrice, les engorgements arrivent aussitôt, comme l'affection observée le plus communément. Je suis bien éloigné de partager une pareille opinion : *je considère les engorgements comme rares, comme très rares*; il n'en existe que dans une proportion tellement minime, tellement éloignée du nombre des engorgements que l'on croit traiter, que je craindrais de voir se récrier les praticiens les plus sages si je disais mon chiffre (1). »

On voit donc que cet auteur ne prétend pas, comme on le lui a reproché, rayer complètement l'engorgement de l'utérus; seulement il lui fait sa part, et cette part est très petite en tant que lésion primitive, si petite même, qu'il ne faudrait pas de grands efforts pour la voir se réduire à néant. Mais, est-ce à dire pour cela que dans l'esprit de M. Velpeau les engorge-

(1) Velpeau, *Maladies de l'utérus* (Discussions académiques). Paris, 1834, 1 vol. in-8, p. 112 (voy. 12 et suiv.).

ments n'existeraient jamais? Non, sans doute. Il ne les admet pas comme *lésion primitive*; mais ils existent fort souvent, selon lui, à titre de *lésion consécutive*, comme complication de la déviation utérine.

Ceux qui ont fait dire à M. Velpeau autre chose que ce que nous avançons ici ont, ce nous semble, mal interprété la pensée de ce savant professeur, ou ne l'ont pas comprise du tout. Quant à nous, nous croyons que c'est surtout lorsqu'on ne partage pas toutes les opinions d'un auteur qu'il importe de bien les connaître pour ne pas avoir ensuite à combattre contre des moulins à vent, ou pour ne pas se donner le vain plaisir de triompher trop facilement des opinions ridicules que l'on prête à un homme lorsqu'il ne les a jamais professées. M. Velpeau est un trop habile clinicien, son esprit est trop juste, il a un sens trop droit et trop rigoureux pour nier un fait physique palpable, manifeste, évident comme la présence des engorgements dans certains cas de maladies de l'utérus; il ne pouvait différer avec les autres observateurs également habiles et consciencieux qui avaient noté le même fait, que sur son interprétation. Et, selon nous, le débat ne doit pas aller au delà de ces limites. Il ne s'agit pas de demander : l'engorgement de l'utérus existe-t-il? car cela ne peut faire de doute pour personne, mais il s'agit tout simplement de savoir si cet engorgement est primitif ou secondaire, protopathique ou deutéropathique; s'il est la cause ou la conséquence d'une autre lésion également constante, plus constante même que lui, au dire de certains auteurs, et en l'absence de laquelle il n'aurait jamais été noté, tandis que cette lésion, au contraire, s'observerait quelquefois sans lui.

Ainsi posée, la question est certainement bien moins facile à résoudre qu'elle ne le serait si on la posait dans des termes différents; mais nous ne sommes pas de ceux qui aiment à faire disparaître les difficultés qui entourent un sujet, pour pouvoir ensuite le traiter à leur aise et dans un sens favorable à leur manière de voir. Nous n'avons aucun parti pris, nous cherchons purement et simplement la vérité, comme le font les hommes

honorables dont nous nous sommes plu à citer les travaux dans cette notice, et, quelque part que nous trouvions cette vérité, nous nous empressons d'aller la prendre pour nous l'approprier, fût-elle cachée au milieu des rangs de nos contradicteurs.

Les difficultés inhérentes au diagnostic dans les cas douteux ou intermédiaires venaient surtout singulièrement compliquer le problème et s'opposer à sa solution. Comment s'assurer si, dans certains cas, on avait affaire à une déviation légère plutôt qu'à un engorgement également léger et limité à une des faces de l'organe; l'anatomie pathologique ne pouvait être invoquée, car il est rare que l'on ait, dans des cas semblables, occasion de s'éclairer des lumières qu'elle fournit. Les renseignements donnés par le spéculum et le toucher devenaient, dans bien des circonstances, fort insuffisants, et il importait d'augmenter leur précision, de la rendre en quelque sorte mathématique, s'il était possible, pour arriver à savoir au juste à quoi s'en tenir sur cette question. M. Velpeau avait bien proposé un moyen qui lui a été souvent utile, mais qui est insuffisant dans un grand nombre de cas: c'est la combinaison de la palpation hypogastrique avec le toucher vaginal. Il fallait faire plus, il fallait explorer directement la cavité de l'organe gestateur pour se rendre compte de ses dimensions, du volume de l'organe considéré dans son ensemble, de l'épaisseur de ses parois et de sa direction. Mais on était retenu par la crainte des accidents d'irritation, d'inflammation, de perforation que pourrait déterminer un corps rigide mis en contact avec une muqueuse aussi mince, aussi ténue, aussi délicate que celle du corps de l'utérus, et l'on s'arrêtait épouvanté.

On se rappelle les timides tentatives de Lair sur ce sujet, la question que posait Lisfranc à propos de l'opportunité qu'il pourrait y avoir à glisser dans la cavité utérine une spatule enveloppée d'un linge, et quelques essais d'Amussat faits en 1826, pour le redressement des déviations utérines, mais presque aussitôt abandonnés. On s'était donc borné à explorer l'intérieur de la cavité du col à l'aide de modifications plus ou

moins ingénieuses apportées au spéculum, ou d'un spéculum *ad hoc*, comme l'a fait M. Jobert (de Lamballe) en 1853 (1); mais on s'arrêtait là, et l'on n'osait pénétrer dans la cavité du corps. Maintenant que les craintes inspirées par ces tentatives sont évanouies, et que l'expérience est venue démontrer leur innocuité, on se dispute l'honneur d'avoir eu le premier l'idée d'une semblable audace, et d'avoir surtout poussé le courage jusqu'à un commencement d'exécution.

La dispute est loin d'être bornée à quelques personnalités: il y a là, comme dans beaucoup d'autres inventions, une question de nationalité que chacun aimerait résoudre à son avantage; aussi, ne sera-t-on pas surpris de nous voir en attribuer l'honneur à la France plutôt qu'à la Grande-Bretagne ou à l'Allemagne. Nous devons dire que, presque simultanément, M. Huguier, à Paris, M. Simpson, à Édimbourg, et M. Kiwisch, à Prague, sans avoir eu aucune communication, soit directe, soit indirecte entre eux, inventaient l'*hystéromètre*, ou *sonde utérine*. Nous nous expliquerons plus loin sur ce que nous pensons de cet instrument; mais nous devons dire, dès à présent, que si l'on a exagéré, selon nous, son utilité au point de vue thérapeutique, elle est incontestable au point de vue du diagnostic. Seulement, son emploi est d'une difficulté telle qu'il exige toute l'habileté d'un praticien adroit et très expérimenté; aussi, redoutons-nous de le voir trop se populariser parmi les jeunes praticiens peu habiles ou inexpérimentés. Mais là n'est pas la question: étant donnés des hommes habiles comme ceux qui l'emploient journellement dans les grands hôpitaux de l'Europe, cet instrument est fort utile pour le diagnostic, et par suite il doit aider, il a même déjà considérablement aidé à assurer les progrès de la science.

Comme nous le disions tout à l'heure, c'est à la France, dans la personne de M. Huguier, que nous attribuons l'honneur de cette découverte. Nous avons indiqué plus haut quelles tenta-

(1) *Gazette des hôpitaux.*

tives infructueuses avaient été déjà faites anciennement et sans résultat dans le même sens.

Kiwisch (1) dit que, le premier, il a eu l'idée du cathétérisme utérin, et qu'il l'a pratiqué en 1845. Tandis que Simpson (2) annonce déjà, en 1843, qu'il y a eu recours. Mais ce mémoire était peu connu en France avant les travaux de Valleix. Eût-il même été connu, il n'aurait pu nullement donner à M. Huguier l'idée de son hystéromètre, qu'il avait fait construire dès le 23 septembre 1843, et nous citons cette date d'après des documents authentiques qu'il a mis lui-même sous nos yeux. Ces documents sont le dessin et l'observation de la malade sur laquelle le cathétérisme a été pratiqué pour la première fois, non pas de propos délibéré, mais fortuitement, non pas avec un instrument *ad hoc*, mais avec le premier morceau de métal suffisamment mince et convenablement recourbé qu'il s'est trouvé avoir sous la main. Voici dans quelles circonstances :

Étant chirurgien de l'hôpital de Lourcine, et s'occupant avec une attention toute particulière des affections des organes génitaux de la femme, M. Huguier était en train d'examiner une malade atteinte d'une tumeur fibreuse saillante dans l'utérus, de façon à donner à l'abdomen un développement analogue à celui d'une grossesse de six mois, et qui, proéminent sur une des lèvres du col, rendait béante l'ouverture du museau de tanche. Il lui vint à l'idée de rechercher si cette tumeur faisait une saillie considérable dans la cavité utérine, et si elle la déformait au point de rétrécir cette cavité et de la rendre anfractueuse ou irrégulière; il prit donc une longue pince à polypes à mors très minces et légèrement recourbés, et il l'introduisit dans la cavité du col. Cette pince pénétra très facilement, sans occasionner la moindre douleur, d'abord à quelques centimètres; puis l'opérateur, après un instant d'hésitation, voyant qu'aucun accident ne se manifestait, et qu'il ne rencontrait pas le moindre

(1) Kiwisch, *Traité des maladies utérines*, publié à Prague en 1851.

(2) Simpson, *Contribution to the pathology and treatment of diseases of uterus*. — *Monthly Journal*.

obstacle, continua sa manœuvre jusqu'à ce qu'il éprouvât de la résistance. La pince avait pénétré jusqu'à plus de 12 centimètres de profondeur. M. Huguier comprit de suite l'importance que pourrait acquérir un semblable procédé d'exploration si l'on parvenait à le perfectionner et à régler son emploi d'une façon méthodique. Aussi, dès le jour même, fit-il exécuter la sonde à laquelle il donna le nom d'*hystéromètre*, et, depuis, s'en servit-il d'une façon régulière autant dans son service d'hôpital que dans sa clientèle, ne négligeant aucune occasion de le faire connaître et d'en répandre l'usage parmi ses confrères.

Il est donc bien difficile d'établir une priorité réelle entre le chirurgien français et l'accoucheur d'Édimbourg, et l'on doit d'autant plus facilement reconnaître qu'ils ont eu simultanément la même idée, que leurs sondes, tout en ayant le même objet, ne se ressemblent nullement; les différences sont beaucoup trop grandes pour qu'il soit possible d'admettre un seul instant que l'une ait pu servir de modèle à l'autre. Quant à Kiwisch, il a deux ans de retard, et c'est beaucoup trop. Il doit donc borner ses prétentions à un simple perfectionnement, à l'invention de la sonde à deux branches dont nous parlerons en faisant l'historique des auteurs allemands; car ici nous ne devons nous occuper que des auteurs français, et l'on nous pardonnera la petite digression que nous nous sommes permise sur les terrains allemand et anglais à cause de la question de priorité que nous tenions à vider avant d'aller plus loin.

Les idées de M. Velpeau, telles que nous les avons exposées plus haut, firent des prosélytes jusque dans les rangs des élèves les plus intimes de Lisfranc. Ce fut M. Baud (1) qui, dans un mémoire lu en 1847 à l'Académie de médecine, porta le plus rude coup à la doctrine de son maître, le célèbre chirurgien de la Pitié. Ce travail fut le point de départ de la mémorable discussion qui eut lieu en 1849 à l'Académie sur le rapport de

(1) Baud, *Déviation et engorgements de l'utérus; moyen nouveau pour les guérir*. Paris, 1850.

M. Hervez de Chégoïn (1). Mais avant de nous occuper des différents discours prononcés à cette occasion, analysons rapidement le travail de M. Baud, et hâtons-nous de dire que cet auteur, élève de Lisfranc comme Pauly, a su d'une façon bien remarquable faire contraster ses actes avec ceux de ce dernier, et en cela il a mérité une approbation unanime. Abandonnant à son tour les errements de son maître, il l'a fait avec une réserve et une dignité pleines de convenance, tout en sachant du moins respecter la mémoire et les convictions de celui qu'il avait affectionné.

Dès les premières lignes il explique comment les premiers doutes surgirent dans son esprit, même pendant le cours de ses études, et comment surtout ces doutes prirent de la consistance à dater du moment où, livré à sa propre pratique, il ne trouva plus dans les faits la confirmation des enseignements théoriques qu'il avait reçus. La première difficulté qui l'arrêta fut de distinguer la lésion utérine curable de celle qui devait se transformer en cancer incurable. Car on se rappelle que cette hypothèse de la dégénérescence cancéreuse est un des points capitaux de la doctrine de Lisfranc. C'est donc à ce sujet que M. Baud commence à s'éloigner de son professeur; il n'ose pas, de prime abord, trancher tout à fait la question dans un sens exclusivement négatif; mais il déclare partager les doutes qu'a soulevés l'idée du passage de l'induration simple à la transformation cancéreuse. Cependant il est beaucoup plus explicite à propos de l'ulcération, car il conteste sans hésitation la possibilité de cette transformation, et, se fondant sur de nombreux exemples aussi bien que sur l'analogie, il déclare que : « l'ulcération utérine qui n'est pas originairement carcinomateuse n'est pas destinée à le devenir; » ajoutant en outre que « l'aptitude au cancer ne doit pas être cherchée dans l'état local, mais bien dans l'état général. » Aussi, dans les cas d'ulcération fongueuse, admet-il que l'ablation du col peut être pratiquée sans

(1) Hervez de Chégoïn, *Bulletins de l'Académie nationale de médecine*, t. XV, Paris, 1849-50.

crainte de récurrence; mais là encore il s'éloigne de Lisfranc pour préférer, et avec raison, à l'amputation du col telle qu'il la pratiquait, la cautérisation à l'aide du fer rouge telle qu'elle vient d'être conseillée par M. Jobert.

Mais là n'est pas le point le plus important du travail de M. Baud, c'est à propos de l'engorgement qu'il s'efforce de renverser toutes les doctrines magistrales. Il trouve que l'utérus, en dehors de la gestation, est un organe trop peu important dans l'économie pour pouvoir réagir aussi puissamment qu'on l'a cru sur les autres systèmes. Il jouit d'une vitalité beaucoup trop obscure pour que ses lésions puissent retentir sur tout l'organisme. Loin donc de dominer la scène et de soumettre tous les autres organes à son influence, il est bien plutôt apte à se laisser modifier par des lésions de viscères plus ou moins éloignés, et surtout par un état particulier de débilité de l'organisme qui existe si communément chez beaucoup de femmes. Cet état, qui serait, suivant M. Baud, la lésion primitive, ne tarderait pas à donner naissance à une déviation, laquelle deviendrait à son tour la cause occasionnelle de l'engorgement. Ainsi cet engorgement, déchu du rang de lésion principale, ne serait plus qu'un simple accident, un épiphénomène de troisième ou quatrième ordre, duquel il y aurait à peine lieu de s'occuper.

De semblables idées ont dû trouver une grande opposition, et c'était justice; car on ne peut dénier à l'état pathologique de l'utérus une certaine action susceptible de retentir sur l'économie, et il est impossible de s'astreindre à regarder dans tous les cas la lésion utérine comme étant sous la dépendance de l'état général. Bien au contraire, et pour peu que l'on examine les faits avec attention et sans idées préconçues, il est facile de se convaincre que cet état de débilité de l'organisme, cette affection générale, regardée par M. Baud comme primitive, n'apparaît d'habitude que postérieurement à la manifestation des accidents qui, survenant du côté des organes génitaux internes, semblent ordinairement ouvrir la scène.

M. Baud a, du reste, été implicitement forcé de reconnaître cette vérité et d'attribuer aux déviations une grande importance, même au point de vue de la thérapeutique, puisqu'en traitant l'état général il ne peut remédier à tous les accidents. Nous ne voulons d'autres preuves à cet égard que celles fournies par cet auteur lui-même. En effet, la fin de son mémoire est consacrée à la description d'un appareil destiné à relever l'utérus anté-versé et à le maintenir dans sa position normale. Proposer un semblable procédé mécanique, n'est-ce pas avouer que la réduction de l'utérus a une importance capitale, et que sans elle le traitement général n'aura pas de succès.

Dans son rapport, M. Hervez de Chégoïn (séance de l'Académie de médecine, 9 octobre 1849) trouve M. Baud trop exclusif; il est loin d'admettre le peu d'influence que cet auteur attribue aux lésions locales, et il proteste surtout contre l'emploi de l'instrument que M. Baud avait proposé sans l'avoir jamais expérimenté. M. Hervez a eu occasion de l'employer, et il n'a pas eu à s'en louer; aussi préfère-t-il de beaucoup les pessaires dont il est l'inventeur, et sur lesquels il a jadis attiré l'attention de l'Académie. Il reproche surtout à l'auteur de ne pas avoir fait la part de la névralgie utérine.

De même que M. Hervez avait profité de l'occasion pour faire l'éloge de ses pessaires, M. Gibert ne pouvait la laisser échapper sans lancer une nouvelle diatribe contre le spéculum, et c'est ce qu'il a fait. Mais tout cela était bien vieux, bien rebattu, et la discussion n'aurait certainement pas eu de suite si M. Velpeau n'était venu se jeter au travers en niant formellement l'existence de l'engorgement chronique, et revendiquant pour l'état local (déviations, ulcérations, granulations, etc.) la part d'influence que M. Gibert veut, avec M. Baud, attribuer à l'état général.

Les idées de M. Velpeau ne furent d'abord pas comprises, et on leur attacha un sens plus absolu, plus exclusif que celui qu'il leur avait attribué lui-même et que nous nous sommes efforcé de reproduire dans une des pages précédentes. Aussi fut-ce un véritable *tolle* général contre lui, et chacun de ceux de ses col-

lègues qui avaient eu occasion de voir des engorgements, de bien en constater l'existence soit sur le vivant, soit sur le cadavre, s'empressèrent de prendre la parole et de protester contre ses assertions. Aussi y eut-il pendant les premières séances une véritable escarmouche dans laquelle on vit successivement MM. Malgaigne, Moreau, Jobert, Robert, Rochoux, Amussat, Roux, Huguier, ce dernier muni de pièces d'anatomie pathologique, engager le feu avec une vivacité indiquant combien l'affaire pouvait devenir sérieuse.

L'honorable professeur de clinique chirurgicale de la Charité fut donc forcé de remonter à la tribune pour y exprimer ses doctrines d'une façon plus complète, plus méthodique et avec des développements plus nombreux qu'il n'avait pu le faire lors de sa première attaque. Dès lors la discussion s'agrandit, prit une allure plus sérieuse et plus scientifique; les improvisations furent remplacées par des discours écrits ou tout au moins préparés et longuement médités à l'avance. L'escarmouche qui avait engagé l'action avait donc été le prélude d'une véritable bataille rangée. La lutte fut vive et prolongée, car la discussion dura plus de quatre mois (du 9 octobre 1849 au 23 février de l'année suivante), et l'on vit des orateurs, M. Velpeau et M. Huguier, par exemple, occuper jusqu'à trois fois la tribune.

Dans la plus importante de ses allocutions, celle que nous pourrions appeler son discours-ministre, M. Velpeau (séance du 6 novembre 1849) proteste contre la qualification de *défi* donnée par tous les orateurs à la simple demande qu'il a formulée. Il dit n'avoir jamais eu occasion de voir ce qu'on appelle l'engorgement de l'utérus, et demande qu'on le lui montre. Il ne comprend pas du reste ce que l'on entend par ce mot engorgement; est-ce de l'hypertrophie? est-ce de l'inflammation? est-ce de l'œdème ou de la simple congestion? Dans tous les cas, ce n'est pas un état morbide primitif existant seul ou précédant d'autres lésions. L'utérus ne se montre plus lourd, plus volumineux, plus gorgé de sang ou de fluide qu'à l'état normal que s'il est déjà le siège d'une altération morbide; et M. Velpeau