

## CHAPITRE XIV

DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, ET LEURS RAPPORTS AVEC L'INFLAMMATION. —  
 CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES. — PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DE L'ANTÉ-  
 VERSION, DE LA RÉTROVERSION, DE LA RÉTROFLEXION ET DU PROLAPSUS.

J'ai établi dans la première partie de cet ouvrage que, suivant moi, les déplacements de l'utérus qu'on observe si souvent chez les femmes qui présentent des symptômes du côté de l'utérus, tiennent surtout, et dans le plus grand nombre des cas, à une augmentation de volume et de poids d'une certaine partie de cet organe. J'ai également établi que ces déplacements se produisent, alors que l'augmentation de volume de l'utérus dérive d'un travail inflammatoire ou d'une production morbide, et qu'ils ne sont pas la cause principale des souffrances dont se plaint la malade. Cette manière d'envisager l'origine, la nature et l'influence des déplacements de l'utérus est cependant si différente de celle que professent un grand nombre de pathologistes modernes (et plus spécialement ceux qui ont récemment traité ce sujet), qu'il est nécessaire d'entrer dans quelques détails, au risque de me répéter. Il me semble d'autant plus nécessaire d'examiner à fond l'histoire des déplacements utérins, que je crois la doctrine qui attribue à leur existence les troubles locaux et généraux, je crois, dis-je, cette doctrine fondamentalement erronée, et propre à faire commettre aux médecins de graves erreurs en pratique.

Les questions soulevées par ces doctrines sont des plus difficiles à résoudre, et ont depuis bien des années exercé l'esprit des spécialistes les plus éminents aussi bien en France qu'en Angleterre. En France surtout, l'importance pathologique et le traitement des déplacements de l'utérus ont été discutés, depuis que l'attention des médecins a été attirée vers la pathologie utérine. En 1854, la question a été débattue pendant plusieurs mois à l'Académie de médecine, par la plupart des hommes les plus distingués qui se soient occupés de pathologie utérine.

## CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES.

Il y a longtemps déjà que les auteurs qui se sont occupés des maladies des femmes ont signalé l'existence des déplacements de l'utérus, autres que le prolapsus de l'organe; mais l'attention des médecins ne semble avoir été appelée qu'accidentellement sur ces états morbides, jusqu'à la publication des *Essais* du professeur Schmitt, de Vienne, en 1820, des travaux du professeur Schweighauser, de Strasbourg, en 1825, et des recherches minutieuses de Récamier. A l'exemple de Récamier, Amussat, en 1826, reconnut un fait clinique que l'on avait à peine entrevu jusque-là, à savoir : que la chute ou prolapsus de l'utérus n'est pas le seul déplacement dont cet organe soit susceptible, mais que l'antéversion et la rétroversion, c'est-à-dire les déplacements en avant et en arrière, sont aussi très-communs. Dès cette époque, Amussat fit plusieurs tentatives pour replacer l'utérus et le maintenir à l'aide de moyens mécaniques. Il dit avoir inventé et essayé diverses espèces de sondes utérines et de pessaires, dont il présenta des spécimens à l'Académie lors du dernier débat. Mais ses recherches relatives aux moyens de contention intra-utérins furent arrêtées par la mort d'une jeune dame qui souffrait d'antéversion et dans l'utérus de laquelle il avait introduit un pessaire d'ivoire à tige, en vue de redresser l'organe d'une façon permanente. Cette dame retourna chez elle, fut prise d'une violente inflammation et mourut très-rapidement. Découragé par ce déplorable accident, Amussat cessa de faire usage de moyens mécaniques destinés à soutenir l'utérus, par leur introduction dans l'intérieur de cet organe, et il dirigea son attention simplement vers le traitement du col et du vagin ainsi que vers les agents de contention externes.

Quelques années plus tard, M. Velpeau commença une série d'expériences dans le même but, celui de soutenir mécaniquement la matrice avec des sondes intra-utérines. Il inventa une tige métallique à ressort, qu'il introduisait d'abord courbée dans l'utérus, à l'aide d'une canule en gomme élastique, puis qu'il redressait en touchant le ressort; mais, comme M. Velpeau vit bientôt que, si la sonde intra-utérine rendait momentanément à l'utérus sa direction normale, la présence de cette sonde occasionnait de graves accidents, il en rejeta bientôt l'usage, et, à partir de ce moment, il

se servit surtout de divers bandâges, et spécialement de bandages abdominaux.

Ma connaissance personnelle des opinions et de la pratique des médecins de Paris relativement aux maladies utérines date de l'année 1836. Pendant près de huit ans, je suivis les hôpitaux comme élève libre, comme externe et comme interne, et j'ai pu ainsi me familiariser avec les doctrines de la plupart des chirurgiens et des accoucheurs qui ont pris part aux débats académiques en 1854. Dès 1838, M. Velpeau, dont j'étais alors l'élève, faisait des leçons sur l'antéversion et la rétroversion, et je recueillis, dans son service, de nombreuses observations de cette nature. A cette époque, l'illustre chirurgien n'employait pas des moyens de contention mécaniques, mais il se bornait à conseiller le repos, un traitement général, et l'emploi des bandages. Il ne se servait guère du spéculum, et parlait peu des lésions inflammatoires. Il était évidemment alors sous l'influence des doctrines mécaniciennes de la pathologie utérine, c'est-à-dire qu'il attribuait, comme il le fait encore, une importance capitale aux déplacements de l'utérus. Il pensait qu'ils existent souvent indépendamment de tout travail inflammatoire, et qu'ils sont la source principale des souffrances utérines qui les accompagnent si fréquemment.

Je fus d'autant plus frappé de ces opinions, que j'avais déjà appris à connaître quelles étaient les doctrines de Lisfranc et de Gendrin à la Pitié. Ces deux praticiens employaient constamment le spéculum, et considéraient les lésions qu'il révèle comme étant de première importance, tandis que les déplacements qui les accompagnent sont d'ordre secondaire, et dérivent en général d'un engorgement inflammatoire.

Depuis cette époque, la pathologie utérine a suivi en France cette double direction. Les uns, d'accord avec Amussat et Velpeau, ont adopté la théorie des déplacements, qui consiste à regarder les souffrances utérines comme étant dues au déplacement de l'organe; tandis que d'autres, au contraire, suivant les doctrines de Récamier, de Lisfranc et de Gendrin, ont accepté la théorie de l'inflammation. Il est inutile d'ajouter que j'appartiens à cette dernière école; plus j'ai étudié et observé, plus je me suis convaincu que la majeure partie des affections utérines dérivent d'un état inflammatoire et congestif des divers tissus et des diverses régions de l'utérus. De sorte qu'on traitera d'autant mieux ces affections, qu'on connaîtra davantage cette vérité.

Bien que les médecins qui s'occupent des maladies des femmes à Paris se soient ainsi séparés théoriquement en deux écoles, je peux dire que le traitement des affections utérines ne différait pas autant qu'on l'aurait pu croire, jusqu'à l'époque où les recherches et les publications du professeur Simpson, d'Édimbourg, furent connues. Tous, ou presque tous, admettaient l'existence fréquente des lésions inflammatoires, et ils enseignaient qu'on devait, une fois celles-ci reconnues, les traiter et les faire disparaître. Seulement ceux qui considéraient ces lésions comme la *fons et origo mali*, croyaient avoir accompli tout ce qui était nécessaire pour le traitement local, quand ils les avaient fait disparaître; tandis que ceux qui regardaient les déplacements comme étant la maladie principale, et les lésions inflammatoires comme de simples épiphénomènes, ne tenaient souvent aucun compte de ces dernières, et recouraient d'emblée aux pessaires, aux bandages, etc.

Dans la dernière discussion à l'Académie de médecine, ces deux doctrines se manifestèrent avec une entière évidence. Ce qui est assez singulier, c'est que les chirurgiens représentés par Velpeau, Amussat, Malgaigne, Huguier, etc., soutinrent surtout la doctrine du déplacement, tandis que celle de l'inflammation eut pour partisans les médecins accoucheurs Paul Dubois, Depaul et Cazeaux. Ce fait remarquable permet difficilement de juger ces opinions contradictoires, et montre l'influence prépondérante des préoccupations et des études habituelles sur le jugement qu'on porte à propos d'une question médicale. N'est-il pas possible cependant que les accoucheurs, dont la pratique n'est pas exclusivement chirurgicale ou médicale, et qui par cela même ont une position intermédiaire, n'est-il pas possible, dis-je, qu'ils soient les meilleurs juges dans une question qui touche à la fois à la médecine et à la chirurgie?

Les déplacements utérins, à l'exception du prolapsus, étaient à peine connus dans la Grande-Bretagne, jusqu'à la publication du travail du docteur Simpson sur la sonde utérine en 1843, et plus spécialement jusqu'à l'apparition de son *Essai sur la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité*, dans le *Dublin Quarterly journal*, mai 1840. Dans ce dernier et remarquable mémoire, le docteur Simpson décrit au long la rétroflexion et la rétroversion de l'utérus. Trouvant que le redressement à l'aide de la sonde utérine de l'utérus rétroversé était complètement inefficace, il proposa son pessaire à tige fixe. Cet instrument se compose de trois parties; d'une tige de 0<sup>m</sup>,55 de long qui occupe la cavité du col, pénètre

dans l'utérus et se termine par un renflement sur lequel repose le col, et de deux portions, l'une vaginale et l'autre externe, au moyen desquelles l'instrument prend un point d'appui sur le pubis, et redresse ainsi l'utérus en le maintenant presque immobile. Dans ce travail, le docteur Simpson mentionne simplement l'antéversion, à laquelle les médecins français attribuent une grande importance, et il ne parle pas des déplacements latéraux, mais décrit au long la pathologie de la rétroversion, et lui attribue la plupart des symptômes utérins que d'autres auteurs, au nombre desquels je me range, font dériver des lésions inflammatoires. La méthode de traitement intra-utérine est indiquée dans cet essai, comme ayant été mise en usage pendant quelque temps avec succès et sans avoir produit d'accident.

Le pessaire à tige intra-utérine étant ainsi remis en évidence, simplifié et amélioré, en même temps qu'il était signalé comme un agent efficace et innocent, par un médecin de grande autorité, ce pessaire fut reçu favorablement aussi bien en Angleterre qu'en France, par les partisans de la doctrine des déplacements. Pour ces médecins, les déviations de l'utérus étaient toujours la cause principale des souffrances utérines, et cependant ils étaient dépourvus de moyen de traitement. Amussat était réduit à proposer d'établir des adhérences entre la face postérieure du col et le vagin, au moyen de la potasse caustique! M. Velpeau paraissait compter sur les bandages abdominaux et autres. M. Hervez de Chégoïn et d'autres médecins se servaient de pessaires variés de forme et de substance, et tout cela pour un résultat nul ou à peu près; car les déplacements étaient opiniâtres, et la matrice n'était ni replacée ni redressée par de tels engins. La faveur avec laquelle on reçut le redresseur de Simpson fut même plus marquée à Paris qu'en Angleterre, ces doctrines concordant mieux avec les tendances médicales régnantes. Valleix surtout se fit l'un des avocats les plus ardents de la doctrine des déplacements et de la méthode de traitement à l'aide du pessaire à tige intra-utérine.

On essayerait en vain de reproduire les divers arguments invoqués des deux parts. Je me contenterai donc d'exposer mes propres opinions et les données sur lesquelles elles se fondent. Plusieurs années d'expérience personnelle et une étude attentive de tout ce qui a été dit et fait depuis cette époque n'ont pu que confirmer les opinions que j'avais dans la seconde édition de cet ouvrage en 1849. Je disais alors, et je crois toujours, que la doctrine qui

prétend expliquer par le déplacement même les troubles utérins et les symptômes généraux chez les femmes affectées de déplacement est erronée. J'avais aussi que la plupart, sinon la totalité de ces déplacements utérins, reconnaissent pour origine un changement de volume, résultant directement ou indirectement de lésions inflammatoires, et que le traitement rationnel de ces déplacements consistait à traiter les lésions inflammatoires qui les avaient causés.

Je dois maintenant exposer les faits qui m'ont conduit à rejeter la doctrine des déplacements comme cause principale des souffrances utérines, et qui m'ont empêché de recourir, à moins de cas exceptionnels, aux moyens de traitement mécanique.

DÉTAILS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES RELATIFS AU DÉPLACEMENT DE L'UTÉRUS.

Afin de bien apprécier la question complexe des déplacements utérins, il est bon de savoir ou de se rappeler certains détails anatomiques et physiologiques qui ont déjà été signalés.

Le principal fait anatomique sur lequel je voudrais appeler l'attention est l'extrême mobilité de l'utérus à l'état de vacuité; cette extrême mobilité se démontre expérimentalement. Si l'on introduit l'index dans le vagin, la femme étant couchée sur le dos, le bassin relevé et les cuisses fléchies, et si l'on presse sur le col avec le doigt, on verra qu'un utérus sain cède avec la plus grande facilité à l'impulsion la plus légère. L'organe offre si peu de résistance au doigt, que, si la vessie et le rectum sont vides, on peut le porter directement en haut vers le détroit supérieur, ou le porter en arrière, en avant, sur les côtés, avec la plus grande facilité, et sans faire éprouver le moindre malaise.

On trouve l'explication anatomique de cette grande liberté de mouvements, dans le petit volume d'un utérus sain, et dans la laxité des liens qui le rattachent aux organes et à la cavité du bassin. Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, l'utérus ne pèse guère que 30 à 40 grammes, et chez celles qui en ont eu, pas plus de 40 à 60 à l'état normal; ce petit volume de l'utérus est évidemment dû à une prévoyance de la nature; un organe de petit volume et de médiocre pesanteur pouvait être soutenu et maintenu en place, sans qu'il fût besoin de ligaments suspenseurs forts et inextensibles; or, de tels moyens de support et de con-

tion auraient été indispensables, si l'utérus avait été volumineux et pesant; mais ils auraient été tout à fait incompatibles avec les modifications que l'organe est destiné à subir pendant la grossesse.

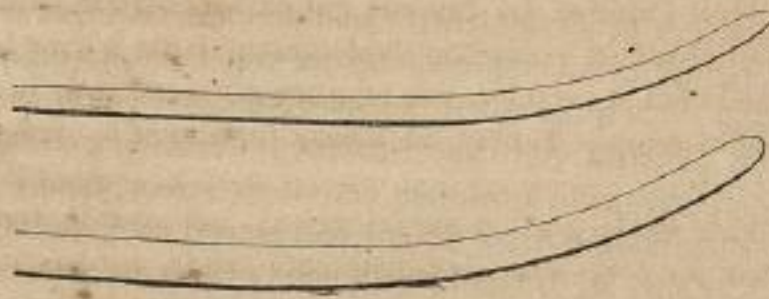
Si l'on examine attentivement les moyens de support de l'utérus, on trouve qu'ils sont très-faibles. Les ligaments larges sont bien moins des moyens de sustentation que des replis péritonéaux destinés à envelopper les annexes de l'utérus, ovaires, trompes de Fallope et ligaments ronds. Ces derniers, qui traversent le canal inguinal, et vont s'attacher au pubis ainsi qu'à la peau, sont de vrais moyens de sustentation; mais l'appui qu'ils donnent à l'utérus ressemble beaucoup à celui que donnent à l'escarpolette les deux cordes auxquelles elle est suspendue, et qui lui permettent une grande mobilité dans tous les sens. L'insertion du vagin au col de l'utérus, et le resserrement du conduit vaginal à l'extrémité inférieure du cône formé par le col, contribuent, chez la femme bien portante, à soutenir l'utérus. C'est à l'insertion du vagin sur le col de l'utérus, que le segment inférieur de cet organe sort de la cavité pelvienne au travers des fascia du bassin, qui concourent avec le vagin à soutenir l'utérus. Le rapport qui existe entre le fond de la vessie et le col utérin contribue évidemment aussi à fixer la matrice comme le fait la pression des organes environnants, la cavité pelvienne étant remplie et plus ou moins fortement bourrée, pour ainsi dire.

Les rapports de la portion supérieure du col avec la vessie en avant, et sur les côtés avec les ligaments ronds, sont également importants au double point de vue de la pathologie et de l'anatomie. Le corps de l'utérus étant libre de tout lien, au-dessus des points qui le rattachent à la vessie et qui correspondent à l'union du col au corps de l'utérus, c'est là que doivent se produire et que se produisent en effet tous les changements dans l'axe de l'utérus. Je l'ai déjà dit, c'est autour de ce point que l'utérus se balance, pour ainsi parler.

Si l'on enlève les parois abdominales et qu'on examine l'utérus en place, on trouvera que cet organe, avec ses ligaments larges, s'étend transversalement dans la cavité du bassin et la subdivise en deux parties, l'une antérieure, plus petite, qui contient la vessie, l'autre postérieure, plus considérable, qui renferme le rectum. L'utérus et la vessie sont généralement en contact, mais l'utérus et le rectum, surtout quand ce dernier est vide, sont séparés par l'intes-

tin grêle, dont les anses remplissent la cavité pelvienne, et soutiennent en arrière l'utérus.

L'utérus sain, dans sa position normale, surtout chez les femmes vierges ou qui n'ont pas eu d'enfants, est, d'après mes recherches, généralement un peu incliné en avant, c'est-à-dire, un peu antéfléchi. Ce fait, qui n'est pas mentionné par les anatomistes, est cependant très-important, parce qu'il explique l'une des formes de déplacement utérin, l'antéflexion et l'antéversion. Je reconnus l'existence de cette antéflexion normale par hasard, il y a quelques années. Trouvant, ainsi que je l'ai dit plus haut, que l'orifice interne oppose souvent, pendant la vie, une résistance considérable à l'introduction d'une sonde dans l'utérus, j'essayai de petites bougies de cire et de gomme élastique, qui pénètrent en général avec assez de facilité. Si on laisse ces bougies une minute ou deux, dans la cavité utérine d'une vierge ou d'une femme qui n'a pas eu d'enfants, l'utérus étant parfaitement sain et de volume normal, elles présentent invariablement, quand on les retire, une légère courbure antérieure, comme on le voit dans la figure suivante.



Le degré de courbure varie, comme dans la gravure qui représente deux bougies qu'on avait laissées deux minutes environ dans l'utérus de deux jeunes femmes stériles, sans maladie utérine. J'avais traité l'une d'elles avec succès par la dilatation, pour une dysménorrhée résultant d'une étroitesse congénitale de la cavité du col; j'avais soigné l'autre pour une affection inflammatoire du col de l'utérus dont elle était alors complètement guérie. J'avais pris toute espèce de précautions pour éviter l'erreur, et introduit les bougies à l'aide du spéculum. J'ai trouvé si constamment cette légère courbure, dans les utérus sains, surtout chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfant, que je ne peux m'empêcher de la considérer comme normale. M. Boullard, après de nombreuses recherches sur le cadavre, est également arrivé à démontrer que l'existence de

cette courbure est la règle. Ces recherches mentionnées dans sa thèse inaugurale tendent à établir par l'examen après la mort, ce que j'ai constaté par l'examen pendant la vie, c'est-à-dire l'existence d'un léger degré d'antéflexion comme état anatomique normal. Les assertions de M. Boullard ont été discutées et acceptées en partie, mais aussi en partie rejetées à l'Académie de médecine, surtout d'après des données fournies par l'examen à l'aide du toucher; cependant la moindre réflexion fera voir qu'une courbure aussi légère que celle qui est indiquée par la gravure ci-jointe ne peut être suffisamment appréciée par le toucher, bien qu'elle ait une très-grande importance pathologique comme cause prédisposante de l'antéversion morbide.

Chez les femmes qui ont eu des enfants, cette légère courbure antérieure est moins marquée, et elle a souvent disparu chez celles qui en ont eu beaucoup. Il suffit même d'un seul enfant pour redresser complètement l'utérus, et chez quelques femmes cette courbure manque. Suivant M. Boullard, elle est le plus prononcée chez le fœtus et dans l'enfance, puis elle devient moins marquée à mesure que l'utérus se développe.

On considère généralement l'axe d'un utérus sain, et en dehors de la gestation, comme se confondant avec l'axe du détroit supérieur; mais, si l'on reconnaît la légère courbure antérieure que je décris, on admettra que l'axe seulement de la portion supérieure de l'utérus correspond à celui du détroit supérieur, tandis que l'axe de la portion inférieure ou du col correspond en partie à celui du détroit inférieur. M. Cruveilhier dit que l'utérus n'a pas d'axe, voulant indiquer par là qu'il change si facilement de position, qu'on ne peut guère dire, anatomiquement parlant, qu'il possède un axe normal.

En traitant de l'axe et de la position normale de l'utérus, il est à propos de rappeler qu'on rencontre parfois des modifications congénitales dans la conformation et dans l'axe de l'organe. L'utérus peut être antéfléchi, rétrofléchi, ou latérofléchi congénitalement, l'inflexion variant depuis un degré à peine perceptible, jusqu'à celui où l'utérus est complètement replié sur lui-même, de façon à ce que les parois du col et du corps arrivent à se juxtaposer. Ces malformations congénitales ont été très-habilement décrites par M. Huguier, il y a quelques années, et j'en rencontre constamment des exemples remarquables.

La position de l'utérus et par suite la direction de son axe sont

souvent modifiées par une raison physiologique, le mariage, qui agit indépendamment de tout état morbide. Ce déplacement est même si fréquent, qu'on doit le prendre en très-sérieuse considération. Chez un grand nombre de femmes absolument indemnes de toute affection utérine, qu'elles soient stériles ou non, le col utérin est poussé mécaniquement en arrière, sous l'influence des rapprochements sexuels, et le corps basculé alors en avant, ce qui constitue l'antéversion. C'est ce qui a lieu surtout quand le vagin est court, ou quand l'insertion du vagin se fait très-haut sur l'utérus, de manière à permettre une forte saillie du col dans le cul-de-sac vaginal. Cette existence fréquente du déplacement du col en arrière et du corps en avant comme état physiologique consécutif au mariage, indépendamment de toute condition morbide, doit être mis en ligne de compte dans l'appréciation de l'antéversion de l'utérus. L'ignorance de ces conditions physiologiques enlève suivant moi une grande partie de leur valeur aux conclusions d'un grand nombre d'auteurs qui se sont occupés de ce sujet.

En raison de la laxité de ses moyens de contention, l'utérus se meut donc avec la plus grande facilité dans la cavité du bassin, et s'adapte facilement aux positions constamment changeantes qu'il est appelé à prendre. Ainsi, lorsque la vessie est pleine, elle presse sur l'utérus et le porte en rétroversion, ce qu'il est facile de reconnaître. Si le rectum est distendu par des matières fécales, il déplace l'intestin grêle, presse en arrière sur l'utérus, et le porte en antéversion. Pendant la marche et dans l'équitation, l'utérus oscille de toutes parts dans une étendue qui varie avec le degré de tassement des viscères du bassin et le soutien qu'il en éprouve. Dans la station debout et dans la marche, il s'abaisse légèrement; je crois même que chez toutes les femmes bien portantes, l'utérus est toujours plus abaissé, lorsqu'elles se couchent, que le matin lorsqu'elles se lèvent; répétons encore que, si la femme est mariée, l'utérus est constamment exposé à des déplacements physiologiques.

La liberté de mouvement dont jouit l'utérus par suite de son mode de suspension, est surtout mise en évidence par le changement de position qui survient pendant la grossesse. Dans les premiers mois de la gestation, l'utérus augmenté de volume s'élève et abandonne sa position et ses rapports antérieurs dans le bassin, pour devenir un organe de l'abdomen. Pour permettre ce changement complet de position, les ligaments larges se déplissent et les ligaments ronds s'allongent, à mesure que l'utérus augmente de

volume. A la fin de la grossesse, l'utérus, qui chez une primipare, au lieu de peser 30 grammes en pèse de 900 à 1,000, revient rapidement à peu près à son volume primitif, et ne pèse plus guère que 60 grammes, après avoir passé par une série de changements de texture. Ces augmentations et ces diminutions de volume sont d'ailleurs susceptibles de se reproduire un nombre indéfini de fois pendant la période d'activité des ovaires. C'est dans ce but que l'utérus constitue un organe à part, doué de propriétés vitales qu'aucun autre ne possède.

De ce qui précède (et l'on ne peut nier les faits que j'ai avancés), il est évident que, même en dehors de l'état de grossesse, l'utérus n'est nullement destiné à garder constamment la même position anatomique et à rester rigoureusement dans le même axe. Il est également évident que l'utérus sain supporte des changements de position et une pression considérable de la part des organes environnants, sans faire éprouver de douleurs, de malaise ni de gêne.

L'explication de ce fait se trouve dans une loi physiologique qu'on me semble avoir complètement perdue de vue dans la discussion des déplacements de l'utérus, à savoir, que tous nos organes internes et externes, quand ils sont à l'état normal, sont capables de supporter sans douleur ou sans inconvénient une pression considérable et un degré de déplacement compatible avec leurs moyens de fixité : ainsi, lorsqu'une personne bien portante se couche sur le côté, supposons le côté droit, par exemple, le cœur, le poumon gauche et l'estomac plein d'aliments, obéissent aux lois de la pesanteur, tombent plus ou moins, et pèsent sur les organes placés au-dessous d'eux; or cela s'accomplit, comme je l'ai dit, sans occasionner de douleur ni de gêne. Mais qu'un de ces organes soit enflammé, le résultat sera bien différent, une vive souffrance sera produite par le déplacement. C'est pourquoi les malades atteints d'inflammation dans un organe thoracique ou abdominal restent couchés sur le dos pour éviter la pression des viscères qui entourent l'organe malade et qu'ils ne pourraient supporter.

On peut objecter que la compression physiologique résultant d'un changement de position et de conditions fonctionnelles est essentiellement temporaire, et que, si elle était permanente, elle ne serait pas si aisément supportée; mais ici la pathologie générale vient nous apprendre que les productions morbides et les tumeurs non inflammatoires qui se développent lentement, peuvent exercer

une pression permanente considérable sur les organes qui les entourent, sans produire aucun symptôme bien marqué de douleur ou de gêne.

#### PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DES DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

L'utérus peut être déplacé ou dévié de différentes façons, sa position et sa forme peuvent être modifiées relativement à l'axe même de l'organe, ou relativement à l'axe du détroit supérieur du bassin. Quand l'axe même de l'utérus est modifié, on dit que l'organe est fléchi en avant, en arrière ou latéralement, et l'on a ainsi l'antéflexion, la rétroflexion, et la latéflexion. Quand l'utérus est déplacé en totalité, sans qu'il y ait aucune flexion anormale, on dit que son axe est changé par rapport à celui du détroit supérieur, et il y a alors prolapsus, antéversion, rétroversion, ou latéversion.

Pratiquement, ces deux formes de déplacement utérin sont si souvent associées et sont fréquemment des degrés si évidents d'un même état morbide, qu'on peut les confondre et qu'on n'a besoin d'admettre que quatre formes de déplacement utérin : le prolapsus, l'antéversion, la rétroversion et la latéversion. Théoriquement cependant, on doit admettre les modifications suivant l'axe de l'organe, et celles suivant l'axe du détroit supérieur, car si ces déplacements n'ont pas en réalité une influence marquée dans la production des symptômes utérins et généraux, l'influence physiologique, au moins dans les cas prononcés, doit être différente. Dans la simple flexion de l'utérus, sans hypertrophie, la pression est seulement intra-utérine, et ne se fait sentir à un degré appréciable, que sur les parois, les vaisseaux et les nerfs de l'utérus fléchi. Dans le déplacement de l'utérus en masse, le tissu même de l'utérus n'est pas modifié, la pression s'exerce sur les organes environnants, et il y a tiraillement des ligaments, des vaisseaux et des nerfs extra-utérins.

Qu'elles soient simples ou combinées, ces conditions morbides coexistent généralement avec les souffrances utérines et générales dont nous avons si souvent parlé, et avec les lésions inflammatoires qui accompagnent si souvent ces déplacements. Les partisans quand même de la doctrine des déplacements attribuent à ceux-ci une importance capitale, et pensent que dans la majorité des cas ils sont la cause réelle de tout le mal, qu'ils constituent l'état morbide qu'il s'agit de traiter. A leurs yeux, les lésions inflammatoires

concomitantes, les ulcérations, les hypertrophies et les indurations ne sont, dans la plupart sinon dans la totalité des cas, que des épiphénomènes occasionnés par le déplacement ou qui le compliquent seulement. Mais, avant de critiquer ces opinions, nous devons décrire à part ces différentes formes de déplacement.

#### PROLAPSUS UTÉRIN.

On attribue généralement au relâchement des ligaments de l'utérus le prolapsus ou la chute partielle ou complète de cet organe. Cette opinion est fondée, comme nous l'avons vu, sur une erreur anatomique, la prétendue fixité de l'organe. On ne se rappelle pas que l'utérus est non-seulement suspendu et maintenu par ses ligaments, mais qu'il l'est aussi par la pression des organes environnants et par la contraction de la partie supérieure du vagin, sur le segment inférieur de l'utérus; en un mot, qu'il est maintenu en équilibre et suspendu au centre de la cavité pelvienne. Il est évident que tel a dû être le plan de la nature, quand on voit le petit volume et le peu de pesanteur de l'utérus chez la femme qui n'a pas conçu. Et c'est certainement l'un des problèmes les plus intéressants de l'économie animale, qu'un organe qui pèse plusieurs kilos dans l'état de grossesse et au moment de l'accouchement, puisse ne peser que 30 à 60 grammes à l'état de vacuité. Un organe volumineux et pesant aurait nécessité de puissants moyens de sustentation, qui auraient été incompatibles avec l'augmentation de volume et les changements de position qui ont lieu pendant la grossesse.

Ce fait anatomique explique les déplacements qui s'accomplissent inévitablement, quand une région de la matrice augmente de pesanteur. Si c'est le col qui s'hypertrophie et devient pesant, comme cela se voit quand il est congestionné ou enflammé, l'organe tout entier s'abaisse vers le détroit inférieur, se rapproche de la vulve, et constitue le prolapsus partiel, l'étendue du prolapsus dépendant surtout du degré d'hypertrophie du col et de contractilité du vagin. Une légère augmentation générale de l'utérus peut, par l'accroissement de pesanteur, être suivie du même résultat; quand l'augmentation de volume est considérable, comme dans la grossesse avancée ou par le fait d'une tumeur dont le volume s'accroît graduellement, l'utérus s'élève ordinairement, et remonte du bassin dans la cavité de l'abdomen.

Le vagin, à l'état normal, n'est pas une simple cavité ouverte,

mais un canal contractile et fermé comme le rectum, qui se contracte sur le col utérin, le soutient, et contribue ainsi à maintenir l'utérus. Chez les vierges, dont le vagin est très-contractile, le prolapsus existe rarement d'une façon marquée. Chez les femmes mariées qui ont eu des enfants, il est souvent au contraire considérable, le col arrivant fréquemment à la vulve. Parfois il fait saillie au dehors, entraînant avec lui l'utérus tout entier de manière à constituer le prolapsus complet ou la procidence de l'utérus. On peut attribuer ce résultat à l'amincissement et au relâchement général du vagin et de la vulve, des aponévroses pelviennes et des ligaments, consécutivement à la parturition, relâchement dont certaines femmes ne se remettent pas aussi facilement que d'autres.

Les formes extrêmes de prolapsus sont, pour la plupart, accompagnées d'un relâchement complet du vagin, de la vulve et des aponévroses pelviennes; le vagin constituant une espèce d'ampoule large et non contractile, et la vulve n'offrant aucun soutien à l'utérus abaissé. Alors aussi, il y a parfois déchirure du périnée. Dans la grande majorité des cas de procidence de l'utérus, on trouve le col enflammé, ulcéré et augmenté de volume. On a depuis longtemps reconnu la fréquence de l'ulcération du col, dans la chute complète de l'utérus, et j'ai toujours été surpris que l'existence de cette ulcération, en pareil cas, n'ait pas conduit les médecins à rechercher l'ulcération inflammatoire dans l'utérus non abaissé; mais c'est qu'alors, on considérait les ulcérations comme résultant du frottement du col, ainsi abaissé, contre les corps extérieurs.

Quand la procidence complète de l'utérus n'est pas due à l'élongation hypertrophique du col, elle résulte généralement de la combinaison et de l'exagération de toutes les causes qui donnent lieu au prolapsus partiel, telles que l'augmentation de pesanteur du segment inférieur de l'utérus, l'extrême laxité des ligaments larges, le relâchement des aponévroses pelviennes inférieures, et plus spécialement l'amincissement et la perte complète de la contractilité du vagin et des tissus de la vulve. La chute complète de l'utérus serait, j'en suis convaincu, beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est chez les femmes qui ont eu des enfants, et qui souffrent d'hypertrophie inflammatoire du col, si, chez ces femmes, le col hypertrophié n'était pas très-souvent en rétroversion. Le col utérin se logeant alors, pour ainsi dire, dans la cavité du sacrum sur le rectum et le périnée, il en reçoit un soutien artificiel qui l'empêche de se diriger dans l'axe du détroit inférieur et d'apparaître

au dehors. La chute de l'utérus se complique fréquemment de chute de la vessie. Dans la procidence de l'utérus, la vessie est souvent abaissée de façon à recouvrir une portion de la surface antérieure et supérieure de l'utérus abaissé. Les malades prennent constamment pour une chute de l'utérus cet abaissement de la vessie, et souvent les médecins en font autant. Un examen attentif peut seul démontrer la véritable nature de l'affection, car, dans les deux cas, il y a une tumeur à l'orifice de la vulve.

Cette chute de l'utérus tient en réalité, dans l'immense majorité des cas, à l'augmentation de volume et de poids du col, ainsi qu'à l'amincissement et au relâchement du vagin consécutifs à l'inflammation et à la distension; c'est ce que reconnaît bientôt tout médecin qui se donne la peine de constater la position du col hypertrophié et enflammé, la première fois qu'il est appelé à soigner une malade, et qu'il compare ensuite cette position à celle qu'occupe le col quand l'ulcération est guérie, l'hypertrophie amoindrie et le vagin revenu à son état de contractilité normale. Il trouve alors presque invariablement le col de 5 à 6 centimètres plus haut; le doigt, qui d'abord le sentait juste en arrière de la vulve, étant souvent à peine capable de l'atteindre. La femme elle-même a généralement conscience du changement, et dit souvent, vers la fin du traitement, qu'elle ressent la douleur de la cautérisation beaucoup plus haut qu'autrefois.

Puisque telle est réellement la cause du prolapsus partiel dans presque tous les cas, il est évident que les moyens mécaniques de sustentation auxquels on a généralement recouru, tels que les pessaires, etc., sont parfaitement inutiles comme agents curatifs; que, bien loin de guérir, ils augmentent la tendance au prolapsus en irritant les tissus enflammés, et en détruisant, par la distension qu'ils entraînent, la contractilité normale du vagin; il s'ensuit donc que le traitement convenable est celui de l'affection même qui a produit le déplacement.

#### RÉTROVERSION DU COL ET ANTEVERSION DU CORPS.

La rétroversion du col est excessivement commune et constitue la principale cause de l'antéversion du corps de l'utérus. Dans cette forme de déplacement, le col est logé dans la cavité du sacrum et repose sur le rectum; le corps de l'utérus est plus ou moins porté en avant. C'est là une des formes de déplacement utérin que beaucoup d'auteurs modernes ont méconnue ou mal interprétée; ils l'ont

représentée comme un état morbide important, constituant le point de départ d'une série de symptômes.

En réalité, la rétroversion du col est simplement, dans la très-grande majorité des cas, un des résultats ordinaires de l'inflammation, résultat d'une importance relativement légère et dont l'explication se trouve aisément. Les femmes qui souffrent d'une inflammation de l'utérus, trouvant que la marche et la station verticale sont douloureuses, restent généralement couchées sur le dos ou dans la situation horizontale, autant que cela leur est possible; dans cette position, le col de l'utérus, s'il est hypertrophié et pesant, non-seulement s'abaisse dans le vagin, mais porte sur la paroi postérieure de ce conduit, et à la longue se place en rétroversion, surtout si le vagin a perdu sa contractilité par le fait de l'inflammation.

Chez les femmes mariées, nous l'avons vu, les rapprochements sexuels exagèrent et peuvent même à eux seuls occasionner ce déplacement du col. Tant que cet organe est en bon état, il est petit et doué d'élasticité, de sorte qu'il cède aisément à la pression, mais, quand il s'hypertrophie et s'indure par suite d'une affection inflammatoire, il résiste à cette même pression et est graduellement refoulé de plus en plus en arrière dans la cavité du sacrum par le fait des rapprochements sexuels. En effet, l'action combinée de ces causes est si puissante chez les femmes mariées, qu'il est vraiment exceptionnel de trouver le col hypertrophié dans toute autre position. Chez les jeunes filles, au contraire, on observe rarement la rétroversion du col, même quand ce col est considérablement hypertrophié; ce qui tient à ce que le col utérin n'est pas exposé à ces causes physiques de déplacement et à ce que le vagin, étant en général plus contractile, guide pour ainsi dire vers la vulve le col hypertrophié.

Le degré de rétroversion du col dépend en partie du degré de l'hypertrophie, et en partie du temps depuis lequel existe celle-ci. Quand le col est très-volumineux, qu'il l'est depuis plusieurs années, et que la malade n'a point interrompu les rapports sexuels, il est souvent tellement refoulé en arrière vers le sacrum, qu'on peut à peine l'atteindre avec le doigt, et qu'il faut l'aller chercher avec le spéculum dans la région sacrée. Quelques-uns des cas où j'ai éprouvé le plus de peine à appliquer le spéculum, étaient des cas de cette nature.

Si le col, n'étant pas très-volumineux, est tourné en arrière et ne presse pas sur le rectum, le déplacement, loin de don-



ner naissance à des symptômes graves, n'en occasionne aucun selon moi, et ne se révèle à la femme par aucune sensation anormale. Les symptômes morbides qu'on a décrits comme résultant de ce déplacement sont, en réalité, les symptômes de l'affection inflammatoire et ulcéreuse qui l'accompagne le plus souvent et qu'on trouve presque toujours en pleine activité quand on constate le déplacement. Regarder l'inflammation, l'ulcération, les troubles fonctionnels et les symptômes généraux en pareil cas, comme résultant du déplacement, c'est se faire une illusion complète, et prendre simplement la cause pour l'effet.

D'après mon expérience, comme je l'ai dit maintes fois, les déplacements de l'utérus et de son col dans quelque direction qu'ils surviennent, quand ils sont peu marqués et qu'ils se sont effectués graduellement, n'occasionnent aucune espèce de symptôme, s'il n'y a pas d'inflammation concomitante. Les ligaments utérins sont organisés de telle façon qu'ils peuvent céder à une traction graduelle sans qu'il en résulte de malaise ou de douleur, ainsi qu'on le voit tous les jours dans le cas de grossesse; d'où il suit que la pression de l'utérus et du col antéversé sur la vessie, ou de l'utérus et de son col rétroversé sur le rectum, à moins que ces organes ne soient rendus sensibles par l'inflammation, cette pression, dis-je, ne donne naissance à des symptômes marqués que quand le déplacement est tel, qu'il entrave les fonctions des organes comprimés. Dans toute autre circonstance, il n'y a qu'un léger sentiment de malaise ou de pesanteur, qui manque même souvent.

L'histoire des tumeurs fibreuses ne permet pas de douter de ce fait; ces tumeurs acquièrent presque toujours un volume considérable et modifient profondément la position de l'utérus, qui se place en rétroversion ou en antéversion, et exerce une pression énorme sur les viscères du bassin avant d'occasionner aucun symptôme appréciable. En effet, des femmes affectées de la sorte se plaignent rarement (sinon lorsqu'il y a quelque inflammation concomitante du col ou de sa cavité), avant que l'abdomen soit modifié par le volume de la tumeur ou qu'une hémorrhagie survienne. La première période de l'existence de la tumeur et du déplacement qui en résulte passe inaperçue pour la malade et pour le médecin. Nous avons déjà vu que tous les organes peuvent impunément supporter la pression exercée par les tumeurs dont le développement est graduel. Le cerveau lui-même, qui est le plus sensible aux causes de compression, supporte celle-ci lorsqu'elle s'effectue lentement;

c'est ainsi qu'on voit souvent une exostose ou une tumeur tuberculeuse comprimer fortement la substance cérébrale, sans qu'il en résulte aucun symptôme tant que la tumeur n'a pas acquis un volume considérable ou que l'inflammation ne s'est pas développée. On doit considérer comme un axiome en pathologie, que tous les organes peuvent s'habituer à la compression, pourvu que celle-ci soit graduelle, qu'elle n'entrave pas sérieusement leurs fonctions, et qu'elle ne soit pas accompagnée de réaction inflammatoire.

On peut expliquer les erreurs qu'on a commises et qu'on commet encore, à l'égard de l'importance pathologique de la rétroversion du corps et du col de l'utérus. Pour un médecin qui ne connaît pas la fréquence extrême de l'inflammation et de l'ulcération du col, et dont le doigt n'est pas habitué à reconnaître ces lésions, la rétroversion est le fait le plus saillant qu'il puisse constater au toucher, alors qu'il existe à la fois de la rétroversion et de l'inflammation; il est donc assez naturellement porté à attribuer les souffrances de la malade à la rétroversion, dans l'ignorance où il est de l'existence des lésions qui sont la cause réelle des symptômes morbides.

Ceux mêmes qui emploient le spéculum peuvent être induits en erreur. Le fait sur lequel j'ai tant insisté, à savoir, l'extension fréquente de l'inflammation à la cavité du col, et la tendance de cette inflammation à y rester cachée pour ainsi dire, et à perpétuer ainsi les symptômes, ce fait est peu connu, si tant est qu'il le soit. Ainsi le praticien peut reconnaître l'ulcération du col dans un cas d'induration inflammatoire et de rétroversion, et il peut guérir cette inflammation sans que les symptômes disparaissent. En pareil cas, il se croit autorisé à conclure que la rétroversion est la cause des symptômes persistants, tandis que s'il écartait les lèvres de l'orifice utérin avec un spéculum bivalve convenable, et s'il examinait soigneusement l'état de la cavité du col, il découvrirait l'affection qui existe et qui est la cause réelle de la persistance des symptômes. Je rencontre continuellement des cas de cette nature, dans lesquels les douleurs lombaires, la pesanteur, l'inaptitude à la marche et le mauvais état de la santé, persistant après la guérison apparente de l'affection ulcéreuse du col, sont attribués à tort à la rétroversion, tandis qu'en réalité ils tiennent à l'inflammation latente et méconnue de la cavité du col. Il est de mes malades qui, souffrant ainsi, ont consulté des médecins professant ces doctrines, et qui leur ont dit que les symptômes éprouvés par elles étaient dus à la rétroversion, et ne pouvaient être guéris qu'en replaçant l'utérus

à l'aide d'instruments appropriés, l'affection de la cavité du col étant entièrement méconnue. Ces femmes s'adressaient à moi de nouveau, l'inflammation de la cavité était traitée et guérie, et tout symptôme morbide cessait enfin, bien que l'utérus restât plus ou moins déplacé.

Quand le col n'est pas très-volumineux, même s'il est considérablement rétroversé, il ne presse pas beaucoup sur le rectum. Si, au contraire, il est très-hypertrophié, il s'enfonce vers la partie antérieure de l'intestin, et peut entraver la sortie des matières fécales. Cependant le passage des fécès à travers le rectum est rarement accompagné de la douleur cruelle qui se fait sentir quand le corps de l'utérus rétroversé sur le rectum est enflammé, et quand il doit être soulevé pour permettre l'issue des matières fécales. Cette explication est évidente. Le col hypertrophié est rarement très-sensible à la pression, tandis que le corps de l'utérus enflammé l'est toujours à un haut degré.

Si la rétroversion du col est excessive, le corps de l'utérus peut être porté considérablement en avant, de manière à peser légèrement sur la vessie. S'il existe alors quelque peu d'irritabilité vésicale, on l'attribue aussitôt à la compression. Bien que je sois tout disposé à admettre qu'une action de cette nature puisse occasionner de l'irritation vésicale, je crois que c'est rarement le cas et que la douleur tient généralement à l'état morbide de la membrane muqueuse urinaire, que j'ai longuement signalé quand j'ai parlé des symptômes de l'inflammation du col. Je suis d'autant plus porté à émettre cette opinion que, dans la rétroversion de la matrice pendant la grossesse, alors que le col peut presser tellement contre la symphyse pubienne, qu'il empêche complètement la sortie de l'urine, souvent la femme souffre peu d'irritation vésicale; elle se plaint de la difficulté ou même de l'impossibilité qu'elle éprouve à rendre ses urines. De même, quand la pression est exercée de haut en bas sur le fond de la vessie par l'utérus gravide, par une tumeur de l'ovaire, ou par un corps fibreux de l'utérus, il n'y a ni douleurs, ni irritation, mais un fréquent besoin d'uriner, dû à ce que la vessie comprimée ne peut se dilater. Enfin je vois journellement des femmes chez lesquelles l'antéversion de l'utérus est considérable, et qui ne présentent aucune irritation vésicale quelconque. Je peux ajouter aussi que l'antéversion par hypertrophie inflammatoire, est rarement portée à un degré assez considérable pour que l'utérus puisse comprimer la vessie.

On trouvera généralement que l'antéversion du corps de l'utérus coïncide, ainsi qu'il a été dit plus haut, avec la rétroversion du col hypertrophié, qu'il occasionne sans doute. Parfois cependant, on la rencontrera sans aucune lésion du col, qui est simplement rétroversé ou même dans sa situation normale. Dans ce dernier cas, l'utérus est fléchi en forme de cornue et l'organe est antéfléchi. Ce changement de forme peut tenir à l'augmentation de volume de la région antérieure et supérieure du corps qui le fait pencher en avant, mais c'est bien plus souvent le résultat d'une exagération de la disposition congénitale de l'utérus, décrite page 433. Chez quelques femmes, ainsi que nous l'avons vu, l'utérus sain a la forme d'un croissant dont la concavité est tournée vers le pubis; or la maladie exagère cette disposition, en augmentant le volume de tout l'organe.

La rétroversion du col et l'antéversion du corps étant le résultat des conditions pathologiques et des causes physiques que j'ai signalées, surtout chez les femmes mariées, chez lesquelles on observe principalement ce déplacement, l'usage de pessaires et de bougies ne peut qu'être d'un faible secours pour guérir radicalement le déplacement. Le col hypertrophié, même après un traitement heureux, conserve presque toujours une légère augmentation de densité et de volume, qui est très-suffisante pour opposer de la résistance à la pression, et faire refouler le col en arrière dès qu'on permet les rapprochements sexuels. J'ai vu même la rétroversion du col exister à un degré plus ou moins marqué chez la plupart des femmes mariées, dont le col était naturellement long, et cela en l'absence de toute altération morbide de son tissu et sans aucune souffrance. Le seul fait d'un volume notable du col semble suffisant pour qu'il soit repoussé en arrière vers le sacrum, de la façon que j'ai indiquée.

#### RÉTROVERSION DU CORPS ET ANTEVERSION DU COL.

La rétroversion de l'utérus consiste dans le déplacement en arrière du corps de l'organe qui repose alors sur le rectum. Ce déplacement est appelé rétroflexion ou rétroversion, suivant que le corps de l'utérus forme ou non un angle avec le col. Si celui-ci est sain et mou, le corps de l'utérus en s'abaissant en arrière ne change pas la position du col, et il en résulte la formation d'un angle ouvert en arrière et en bas. Si, au contraire, le col est augmenté de