

volume et induré, et si l'induration s'étend au corps de l'organe, le col est porté en haut vers la symphyse pubienne, et il n'y a pas de flexion de l'organe. Cette distinction, qui a été faite pour la première fois par madame Boivin, a une importance médiocre ou même nulle dans la pratique.

J'ai déjà dit la tendance qu'on a eue dans ces derniers temps à exagérer l'importance de ces déplacements; je suis d'autant plus porté à insister sur les opinions que je professe à cet égard, que plusieurs auteurs, afin d'élucider le sujet, ont publié des travaux singulièrement erronés, relativement à la rétroversion de l'utérus et à ses symptômes. Je crois de mon devoir de protester contre des doctrines capables d'induire en erreur les médecins. Ainsi, on a dit maintes fois que la rétroversion de l'utérus, qui est en réalité un déplacement très-commun, donne naissance fréquemment, sinon toujours, à tous les symptômes locaux, fonctionnels et généraux, que j'ai dit caractériser les affections inflammatoires de l'utérus, à l'engorgement et à l'ulcération du col, à l'inflammation chronique des ovaires, à la stérilité, etc., etc. Ces assertions s'appuient en apparence sur des faits cliniques, mais j'ai la conviction qu'elles sont en grande partie déduites de faits mal observés et mal interprétés.

La rétroversion de l'utérus est en réalité fort commune, et il est impossible qu'il en soit autrement, quand on réfléchit à la faiblesse des moyens de contention que fournissent à l'utérus ses ligaments et les organes environnants, et quand on considère qu'il ne peut garder sa position normale, qu'à la condition d'être indemne de toute espèce de lésions. Toutes les fois que le corps de l'utérus augmente de densité dans une de ses parties, il a de la tendance à basculer dans cette direction, et surtout si l'augmentation de volume et de poids a lieu, comme cela est ordinaire, soit au fond, soit à la paroi postérieure de l'utérus. Si l'utérus s'hypertrophie en totalité, comme par le fait de la grossesse, ou quand une tumeur se développe dans son intérieur, il semble en général conserver l'aptitude à garder sa position normale, et c'est ainsi que l'utérus augmente graduellement de volume dans l'état de grossesse, sans se déplacer, et que la rétroversion est rare dans ces cas.

Il est cependant de nombreuses causes qui tendent à augmenter le volume et le poids d'une seule région de l'utérus, et surtout de la paroi postérieure; ce qui occasionne la rétroversion. L'utérus, qui ne pèse guère que 30 à 40 grammes dans l'état de vacuité, en pèse 1,000 après l'accouchement, et ne peut revenir à son état

normal, que par la résorption interstitielle. Cette résorption peut s'accomplir imparfaitement, en dehors de tout travail morbide, de sorte que l'utérus tout entier ou la paroi postérieure, ou le fond seulement reste hypertrophié. C'est ce qui a lieu le plus fréquemment quand l'accouchement a été suivi d'inflammation. L'induration et l'hypertrophie locales de ces régions, peuvent encore être la conséquence d'une métrite aiguë. Ou bien encore, l'hypertrophie inflammatoire peut s'étendre du col à la paroi postérieure de l'utérus par voie de continuité. Dans tous les cas où l'inflammation est la cause de l'augmentation de volume de l'utérus et de la rétroversion consécutive, elle peut exister quand on découvre la rétroversion, ou elle peut avoir cédé en laissant persister la congestion et l'hypertrophie.

La rétroversion peut également résulter de l'existence temporaire d'une hypertrophie inflammatoire, et persister néanmoins, quand cette hypertrophie a disparu, par suite des adhérences que l'utérus a contractées, ou par suite du pli qu'il a pris, pour ainsi dire, et qui l'empêche de revenir à sa direction normale. Le volume et le poids de la région postérieure de l'utérus peuvent également s'accroître et produire la rétroversion, quand des tumeurs fibreuses se développent dans l'intérieur de l'organe. Le docteur Simpson croit aussi qu'une matrice saine peut entrer en rétroversion, par suite du relâchement des fascia pelviens qui unissent la partie postérieure de l'utérus au rectum et aux parois du bassin.

La rétroversion de l'utérus se reconnaît aisément, quand on est habitué à l'exploration de l'appareil utérin; ce n'est toutefois que par le toucher qu'on peut constater le déplacement de l'organe, le spéculum ne donnant aucun renseignement à cet égard, et ne devant par conséquent pas être employé. Si l'on introduit le doigt à l'extrémité supérieure du vagin, on trouve le col, soit dans sa position normale, soit en antéversion; mais si l'on refoule le cul-de-sac du vagin entre le col et le rectum (ce que l'on peut faire dans des limites assez considérables), au lieu de sentir une surface lisse et unie, constituée par la paroi postérieure de l'utérus dans sa position normale, le doigt rencontre une tumeur arrondie et globuleuse, formée par l'utérus en rétroversion, qui pèse sur le rectum et arrête le doigt de l'explorateur. On reconnaît en général assez facilement par le toucher que cette tumeur se continue avec le col, mais il peut être difficile de reconnaître cette continuité quand le corps et le col de l'utérus forment entre eux un angle considérable.

En pareil cas, la sonde du docteur Simpson rend de grands services. En l'introduisant dans la cavité du col et dans celle du corps, s'il est possible, on reconnaît aussitôt que la tumeur sentie par le doigt est réellement l'utérus, attendu que cette tumeur est déplacée par la sonde. Le toucher rectal peut contribuer à élucider le cas, le doigt pouvant en général atteindre plus haut par le rectum que par le vagin, et l'on sent alors distinctement que la tumeur globuleuse est formée par l'utérus en rétroversion.

La sonde utérine fournit un moyen facile de distinguer la rétroversion de l'utérus des tumeurs de l'ovaire, qui peuvent, dans la première période de leur développement, se placer entre le rectum et le vagin, et simuler ainsi la rétroversion. La rétroversion peut encore être confondue avec le rétrécissement du rectum, avec les abcès du bassin, avec la rétroversion due à la grossesse, et avec une grossesse extra-utérine.

On confond assez fréquemment la rétroversion avec le rétrécissement du rectum; j'ai vu de nombreux exemples de cette erreur: les malades étaient depuis longtemps traitées par la dilatation du rectum. Mais une telle méprise ne peut être faite que par un chirurgien qui ne se préoccupe que de l'état du rectum, et oublie d'examiner l'appareil utérin.

On confond moins fréquemment la rétroversion avec les abcès du bassin; ce qui tient à ce que jusqu'à présent on s'est peu occupé de cette affection. J'ai soigné cependant une jeune femme mariée, qui souffrait d'une rétroversion consécutive à une hypertrophie inflammatoire de la paroi postérieure de l'utérus, survenue après une couche, et qu'un éminent spécialiste avait dit être un abcès du bassin. On avait même discuté la question de savoir si ce prétendu abcès ne devait pas être ouvert, bien qu'il me soit difficile de comprendre qu'on ait pu même songer à pareille chose. Je vis la jeune dame quelques jours plus tard, et ne pus découvrir la moindre trace de l'existence présente ou passée d'une phlegmasie suppurée du bassin. On sentait bien la tumeur globuleuse formée par la rétroversion et pesant sur le rectum, mais on ne trouvait rien autre chose dans la cavité pelvienne, qui était absolument libre. Dans le phlegmon et les abcès des ligaments larges, la tumeur indurée existe toujours sur l'un des côtés de l'utérus. Elle peut ensuite être sentie en arrière, mais c'est parce qu'elle s'est étendue de son lieu d'origine, où on peut constater sa présence par les signes que j'ai indiqués ailleurs.

La rétroversion due à la grossesse ne se reconnaît guère qu'après le troisième mois, quand l'utérus ayant augmenté de volume, son col commence à presser sur le col de la vessie, et à s'opposer à la sortie de l'urine; elle peut cependant exister beaucoup plus tôt. Ainsi, je l'ai constatée à la septième semaine chez une femme que j'avais traitée pour de la rétroversion dans une grossesse antérieure, et au milieu de circonstances qui rendaient la nature de l'hypertrophie utérine assez obscure (1). Elle était en traitement pour une ulcération du col, quand survint la première rétroversion, et elle fit une fausse couche. Bientôt après, la maladie du col fut guérie, elle devint grosse de nouveau, et, en l'examinant sur sa demande à la fin de la septième semaine, je trouvai l'utérus complètement rétroversé et reposant sur le rectum. Cette dame n'avait nullement conscience du changement qui s'était accompli dans sa matrice, et elle n'éprouvait aucune espèce de symptôme utérin. C'est ce que j'ai observé dans la première période de la rétroversion pendant la grossesse. La pression de l'utérus sur le rectum ne semble pas produire de malaise marqué; la malade n'éprouvant tout au plus qu'un peu de pesanteur et de tiraillement. En général donc, la femme ne se plaint que quand l'utérus est tellement développé, qu'il met un obstacle sérieux à la sortie des matières fécales, ou lorsque le col en antéversion presse sur la vessie et en oblitère l'orifice.

Je dois dire ici que de nombreux cas de cette nature m'ont conduit à penser que la rétroversion, dans les premières périodes de la grossesse, est généralement liée à l'existence antérieure de la rétroversion en état de vacuité. L'utérus rétroversé devient grvide, et, quand la grossesse est assez avancée pour donner naissance par compression à des symptômes bien marqués, on reconnaît alors cette rétroversion. Je me rappelle le cas particulier d'une jeune dame que je soignais avant son mariage, pour une inflammation de l'utérus. Elle guérit, mais l'utérus resta légèrement rétroversé; je lui donnai ultérieurement mes soins dans trois grossesses, et dans chacune, vers la quatorzième semaine, la rétroversion donna naissance à des symptômes sérieux qui mettaient en péril la grossesse. Après chaque couche, l'utérus revenait à son état de légère rétroversion.

La rétroversion par le fait des tumeurs fibreuses dans la paroi postérieure de l'utérus est assez fréquente, et la compression du

(1) Cette observation a été publiée dans *the Lancet*, 25 juillet 1846.

rectum ne donne en général lieu qu'à un malaise très-peu marqué; l'utérus atteignant souvent un volume considérable, par suite du développement de la tumeur, avant que la malade se plaigne. Quand elle le fait, c'est ordinairement parce qu'il y a des troubles de la menstruation, qui est devenue plus abondante et plus fréquente. Quand ce symptôme n'existe pas, ce n'est souvent que lorsque l'utérus s'est redressé et s'est élevé dans la cavité de l'abdomen, que la femme réclame l'assistance du médecin.

Ces faits jettent une lumière considérable sur les symptômes de la rétroversion utérine; car ils montrent que, sous l'influence de la grossesse et de la tumeur utérine, *l'utérus peut se rétroverser au point d'exercer une pression considérable sur le rectum sans qu'il y ait aucun symptôme local ou général*, et que les signes de ce déplacement de l'organe consistent exclusivement dans une sensation de pesanteur et de tiraillement plus ou moins marqués.

L'expérience m'a conduit précisément aux mêmes conclusions, par rapport à la rétroversion indépendante de la grossesse ou de tumeurs utérines. Je crois que, lorsqu'il n'existe aucune affection aiguë ou chronique de l'utérus, la rétroversion, quelle qu'en soit la cause, est un déplacement auquel les organes pelviens s'accoutument peu à peu, et qui n'occasionne que très-peu de malaise ou de gêne. J'ai soigné un nombre très-considérable de femmes chez lesquelles la rétroversion constituait l'un des éléments de la maladie pour laquelle elles me consultaient; or, ces femmes, bien qu'elles conservent leur rétroversion, sont actuellement guéries, et ne souffrent absolument d'aucun symptôme utérin, la maladie inflammatoire du col, de sa cavité, ou du corps de l'utérus ayant été seule traitée.

Dans quelques cas rares, la rétroversion de l'utérus a été évidemment, et est encore une source de grandes douleurs. Mais, chez presque toutes les femmes qui souffrent de la sorte, il y a des preuves irréfragables de la persistance d'une inflammation chronique dans la paroi postérieure de l'utérus, qui est douloureuse, tuméfiée et présente des nodosités au toucher. Chez ces malades, la rétroversion est le plus souvent une complication et un symptôme pénible de l'affection que j'ai décrite dans la première partie de cet ouvrage, sous le nom de *Métrite chronique partielle*. Toute tentative mécanique pour rendre à la matrice sa position normale provoque les douleurs les plus cruelles, et détermine des nausées parfois suivies de vomissements; l'utérus paraît dans ces cas avoir contracté des adhérences qui le rattachent solidement au rectum.

Pour plus amples détails sur le traitement de cette forme de déplacement, je dois renvoyer le lecteur au traitement de la *Métrite chronique*.

On verra par les détails qui précèdent que, suivant moi, la rétroversion de l'utérus, comme la rétroversion du col, n'est, dans la grande majorité des cas, qu'un symptôme de l'hypertrophie de l'utérus, et que je repousse absolument la symptomatologie de quelques écrivains modernes à ce sujet. Je pense que, dans ces deux formes de déviation utérine, on a commis la grave erreur d'attribuer au déplacement les symptômes de l'affection inflammatoire qui dans la grande majorité des cas l'accompagne et la cause.

LATÉROVERSION DE L'UTÉRUS.

Je crois que les latéroversions qui ne sont pas produites par des adhérences consécutives à des abcès du bassin, à la péritonite, etc., sont presque toujours congénitales. Chez quelques femmes, l'utérus sain, normal, est placé diagonalement dans le bassin, le col étant dirigé vers la région inguinale et le fond vers l'os iliaque. Cette déviation congénitale existe généralement de droite à gauche, c'est-à-dire que l'utérus est placé de telle façon que son col se dirige vers l'aîne gauche. Je l'ai fait observer, page 12, la plupart des déviations latérales de l'utérus décrites par les pathologistes ne sont que l'exagération, dans un organe malade et hypertrophié, d'une position ou d'une direction naturelle. Je dois ajouter que M. Huguier attribue la latéroversion congénitale à la brièveté également congénitale de l'un des ligaments ronds.

RÉCAPITULATION ET TRAITEMENT.

Il est de la plus haute importance de comprendre exactement la valeur réelle des déplacements utérins que nous venons d'examiner. Si les doctrines mécaniciennes, qui ont la prétention de traiter l'utérus comme une jointure capable d'être luxée en arrière ou en avant, à droite ou à gauche, si ces doctrines étaient généralement adoptées, il n'y aurait presque pas de limite aux souffrances qu'on infligerait alors aux femmes, par l'application pernicieuse du traitement mécanique aux affections utérines.

Je me propose maintenant de récapituler brièvement les principales raisons qui m'ont conduit à considérer comme erronée

cette doctrine mécanicienne, et m'ont fait reconnaître que le déplacement est au contraire, dans la plupart des cas, une conséquence accessoire de conditions pathologiques variées, et qu'il ne réclame aucun traitement direct. On peut diviser ces raisons en physiologiques, pathologiques et thérapeutiques.

Au point de vue physiologique, nous avons vu que l'utérus supporte la pression et les déplacements sans gêne ni douleur, quand il est parfaitement sain. Nous avons vu aussi que, dans l'état de mariage, le col de l'utérus est très-fréquemment repoussé en arrière d'une façon mécanique, refoulé vers le rectum dans l'excavation sacrée, en même temps que le corps de l'utérus est porté en avant, et que cependant il n'y a ni malaise ni gêne d'aucune espèce. Nous avons vu qu'une antéflexion ou une antéversion légères rentrent dans les conditions normales, et que des flexions de l'utérus très-marquées peuvent exister congénitalement, ou résulter de causes accidentelles, d'efforts violents, de constipation prolongée, ou même tenir à la menstruation et persister quelque temps ou pendant toute la vie, sans donner lieu à aucun symptôme morbide. Les choses étant ainsi, quelle raison plausible a-t-on d'attribuer à une flexion ou à un déplacement léger de l'utérus, les divers symptômes utérins que présente une femme chez laquelle coexistent des lésions inflammatoires? Est-il logique, est-il rationnel de raisonner ainsi? ne vaut-il pas mieux, d'accord avec l'observation physiologique et le bon sens, attribuer à l'inflammation les troubles utérins et généraux, et considérer le déplacement de l'organe comme un épiphénomène secondaire et relativement peu important; et, si ce raisonnement s'applique au déplacement léger, ne s'applique-t-il pas aussi par extension, bien qu'à un moindre degré, aux déplacements utérins plus prononcés qui sont liés aux lésions inflammatoires?

Au point de vue pathologique, il y a de très-fortes raisons pour considérer un déplacement modéré de l'utérus comme un phénomène d'importance secondaire, et non point capitale, dans les cas d'affections utérines où on l'observe. Au lieu de supporter sans inconvénient, comme un utérus sain, la pression et le déplacement, l'utérus enflammé devient souvent extrêmement sensible et, comme un doigt enflammé, il souffre non-seulement à la pression, mais au moindre contact. Ainsi, même lorsqu'il n'y a ni déviation ni déplacement, on voit fréquemment des femmes atteintes d'une légère inflammation utérine se plaindre amèrement de pesanteur, de ti-

raillement, et être incapables de rester debout, de marcher aisément. Le simple poids de l'utérus et du col enflammés, le simple contact, ou la pression qu'exercent les organes environnants lorsque la femme est dans la station verticale, deviennent presque intolérables, et la position déclive est avidement recherchée. Pourquoi donc attribuerait-on la souffrance utérine au déplacement seul, si d'un côté l'on trouve constamment tous les symptômes locaux, fonctionnels et généraux qui caractérisent ces souffrances dans les cas où il n'existe que ces lésions inflammatoires sans déviation ni déplacement, tandis que les mêmes symptômes manquent, alors qu'il n'y a que des déplacements sans lésions inflammatoires?

Au point de vue thérapeutique, les résultats de la pratique prouvent de la façon la plus incontestable que les déplacements utérins, lorsqu'ils ne sont pas portés à un degré considérable, ont une importance secondaire et sont ordinairement consécutifs. Pendant de nombreuses années, j'ai presque complètement ignoré l'existence d'un déplacement dans les cas de maladies utérines que j'ai été appelé à soigner. Considérant le déplacement comme l'accompagnement congénital, physiologique ou pathologique des diverses conditions morbides que j'ai presque toujours constatées dans les cas d'affections utérines, ne voyant dans ce fait que la conséquence naturelle de l'augmentation de volume du corps ou du col de l'utérus, je n'ai généralement envisagé le déplacement que comme un pur symptôme, et j'ai toujours agi en conséquence. Aussi ai-je presque toujours rejeté l'usage des pessaires, des bandages et des autres engins artificiels ou mécaniques destinés à soutenir l'utérus déplacé; ne voyant dans cet état particulier de l'organe et dans le malaise qui en résulte que des symptômes ne réclamant aucun traitement particulier, si ce n'est du repos. Mon but principal a toujours été de faire disparaître la cause du prolapsus pathologique, que cette cause fût un relâchement ou une affection du vagin ou des ligaments utérins, la congestion, l'induration et l'hypertrophie, active ou passive, soit du corps, soit du col de l'utérus.

J'ai observé que, lorsqu'on peut par la médication faire disparaître complètement cette condition morbide et qu'on a laissé à la nature le temps de ramener l'organe à son état d'intégrité, il arrive une de ces deux choses, ou le déplacement cesse et l'utérus revient à sa position normale, ou le déplacement persiste. Mais dans l'un et l'autre cas, chez l'immense majorité des femmes, la douleur et même

le malaise cessent complètement, et il n'y a plus trace de symptôme utérin.

Quand l'utérus revient à sa position physiologique, par suite de la cessation des conditions morbides qui avaient produit le déplacement, la cessation de la douleur et du malaise est un fait qu'on peut expliquer en invoquant le déplacement même, ou la lésion inflammatoire qui l'accompagnait. Mais cette alternative n'est plus admissible quand le déplacement persiste après la disparition des lésions inflammatoires, toute douleur et tout malaise ayant en même temps disparu, ainsi que je l'ai constamment observé.

Je suis en droit d'affirmer qu'un nombre considérable de malades traitées par moi, qui avaient souffert pendant plusieurs années de leur affection utérine, vivent maintenant de la vie commune, sans souffrir en aucune façon; peuvent marcher, courir même sans malaise, bien que leur utérus soit resté déplacé. Il est abaissé, en antéversion ou en rétroversion, à un degré plus ou moins considérable, et cependant ces femmes, d'ailleurs bien portantes et débarrassées de leur lésion inflammatoire, n'éprouvent pas plus de gêne de leur déplacement que s'il était congénital.

Ainsi éclairé par les données anatomiques et physiologiques, aussi bien que par l'expérience thérapeutique, lorsque des femmes s'adressent à moi pour des déplacements utérins, et portent des bandages et des pessaires, je commence par les faire enlever, *temporairement*, dis-je aux malades; puis j'étudie avec soin l'état de l'appareil utérin, et je trouve généralement une cause très-évidente à ce déplacement douloureux dans l'existence de quelque-une des causes morbides que j'ai énumérées. C'est cette cause que je m'efforce de faire disparaître, en même temps que je m'attache à améliorer la santé générale, à traiter toutes les complications locales qui peuvent exister du côté de la vessie, des intestins, et à prescrire un repos plus ou moins complet. Je dis aux malades de supporter la gêne et la douleur causées par le déplacement, comme un symptôme passager de leur affection, ainsi qu'elles feraient de la gêne et de la douleur résultant d'une entorse ou d'une fracture. L'affection utérine ayant disparu, je demande du temps, trois mois, six mois ou un an de traitement général et surtout hygiénique, pour que la nature puisse venir au secours de l'organisme, faire disparaître la tuméfaction, et ramener l'organe à son état normal. Cette période passée, si le déplacement persiste encore, et reste une source de malaise, je suis tout disposé à permettre le retour à l'emploi des

bandages et des pessaires. Mais il n'arrive [pas une fois sur cinquante que mes malades reviennent à l'emploi de ces moyens mécaniques, quand elles ont suivi le traitement que j'ai indiqué. Cette nécessité disparaît avec l'état morbide qui l'avait occasionnée, et les bandages abdominaux et autres, comme les pessaires, sont presque invariablement abandonnés pour toujours.

Dans les remarques qui précèdent, j'ai omis à dessein les faits de déplacement grave; il existe, en effet, des cas de chute de l'utérus dans lesquels tous les agents de sustentation de l'organe ont été tellement tirillés et affaiblis, et, dans lesquels aussi le vagin s'est trouvé tellement dilaté, que l'utérus tombe littéralement, quand la malade se met debout, et qu'il n'y a pas de traitement capable de rendre aux parties génitales une tonicité suffisante pour que l'utérus puisse être maintenu en place. En pareil cas, je recours comme tous les praticiens aux agents mécaniques, et surtout aux moyens de contention qui prennent leur point d'appui en dehors de la vulve. L'expérience m'ayant appris que tous les pessaires donnent naissance à l'irritation, il faut en conséquence autant que possible les éviter.

La chute complète, qui ne tient pas à une elongation hypertrophique du col, s'observe principalement chez les femmes du peuple, et résulte généralement de ce qu'elles se sont levées trop tôt après leur couche, alors que l'utérus était encore très-pesant.

La rétroversion, lorsqu'elle est extrême, et qu'elle est accompagnée d'une hypertrophie considérable et incurable de l'utérus, constitue également une forme grave de déplacement auquel ne s'appliquent pas les remarques précédentes. Elle peut persister comme lésion sérieuse, alors que tout travail inflammatoire a cessé, obliérant en partie le rectum et produisant un malaise considérable par la pression qu'elle exerce, ainsi qu'on le voit dans la rétroversion pendant la grossesse, quand l'utérus déplacé a acquis un certain volume. Ceci me conduit à parler du pessaire à tige intra-utérine du docteur Simpson.

Le docteur Simpson admet d'abord, en traçant les règles du traitement de la rétroversion, que l'emploi quotidien et temporaire de la bougie est insuffisant pour replacer l'utérus, et il ajoute qu'il est nécessaire d'employer des moyens de contention permanente pour maintenir définitivement l'organe en place (1). Ces moyens,

(1) *Dublin quarterly Journal*, t. V, p. 394. 1848.

le docteur Simpson croit les avoir trouvés dans un double pessaire à tige, dont une partie est introduite dans la cavité utérine, tandis que l'autre s'appuie extérieurement sur la partie antérieure du pubis. Il dit avoir très-souvent employé ce pessaire et en avoir obtenu des effets très-heureux.

Pour les raisons énoncées précédemment, on comprend que je ne vois aucune indication du pessaire à tige ou de tout autre, dans les cas ordinaires de rétroversion et d'antéversion. Considérant ces déplacements comme n'étant le plus souvent que le résultat temporaire de conditions morbides qui peuvent disparaître, ou comme des conditions physiologiques ou des vestiges sans importance d'un état pathologique antérieur, on comprend que je ne tourmente pas mes malades avec des engins mécaniques dont la présence produit souvent des souffrances et des accidents, et entraîne parfois des conséquences dangereuses ou fatales. Cependant, dans les formes plus graves de rétroversion dont je viens de parler, j'emploierais volontiers le pessaire à tige après l'essai inutile des autres moyens, si j'avais la moindre confiance dans son efficacité et si j'étais convaincu que son usage est exempt de danger. Je dois dire que j'y ai eu rarement recours, parce que j'ai des raisons personnelles pour le croire inefficace en pareil cas (le déplacement reparaissant aussitôt l'instrument enlevé), et parce que l'expérience des autres m'a démontré que c'était un moyen dangereux, surtout dans la catégorie des cas où la compression exercée par la tige intra-utérine doit être très-considérable. Je comprends parfaitement que ce pessaire utérin puisse être porté sans malaise ou sans douleur quand l'utérus, le col et sa cavité ne sont le siège d'aucun travail inflammatoire, mais quand l'inflammation y existe, le pessaire doit irriter les parties et entraîner des accidents; d'ailleurs on a observé plusieurs cas de mort en Angleterre et en France par suite de l'usage de ce pessaire. J'ai déjà parlé du cas de M. Amussat en 1826, et on en a récemment publié six autres. Trois de ces derniers ont été observés dans la pratique de Valleix. (Deux femmes succombèrent à une péritonite aiguë, et une autre à des abcès du bassin.) Un autre cas de mort eut lieu dans la pratique de M. Nélaton, un autre dans celle de M. Maisonneuve, et un autre enfin dans le service d'Aran; ces trois cas furent également des exemples de péritonite aiguë. La discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine sur les déplacements de l'utérus et sur leur traitement par le pessaire intra-utérin eut même pour point de départ la communication à l'Académie de deux de ces cas de mort.

On doit se rappeler toutefois que ces remarques ne s'appliquent pas aux dilateurs métalliques à extrémité renflée que le docteur Simpson a conseillés pour la dilatation de la cavité du col. Je les ai très-souvent employés et je les crois exempts de toute espèce de péril, quand on s'en sert avec prudence. Comme ils ne sont pas fixés et qu'ils se meuvent avec l'utérus, ils n'exercent pas de pression sur les parois internes de l'utérus, surtout quand, ainsi que je l'ai proposé, ils sont légèrement recourbés de manière à s'adapter à la courbure naturelle de la cavité du col.

J'ai toujours traité la cavité du corps de l'utérus avec un grand respect, ce qui tient en partie, sans doute, à la leçon pénible que j'ai reçue alors que j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis. Une belle jeune femme de vingt-six ans mourut, dans ma salle, de métropéritonite aiguë, consécutive à une injection dans la cavité utérine. Elle souffrait d'une hypertrophie de l'utérus, et ce ne fut qu'à sa mort, qu'on découvrit que l'augmentation de volume tenait à la présence d'une petite tumeur fibreuse. L'orifice interne étant largement ouvert, l'injection avait pénétré librement dans l'utérus, et avait causé l'inflammation qui entraîna rapidement la mort. Quand je commençais également à faire usage de la sonde utérine conseillée par le docteur Simpson, je ne tardai pas à m'apercevoir que, tant qu'elle n'occupait que la cavité du col, il n'en résultait aucune douleur, mais qu'aussitôt qu'elle avait dépassé l'orifice interne et touché la membrane muqueuse du corps de l'utérus, la douleur se faisait sentir, accompagnée parfois d'évanouissement, et souvent d'un écoulement de sang. Ces faits, joints aux résultats de l'expérience des autres, ont contribué à me rendre très-prudent dans l'emploi du pessaire à tige fixe. Je ne regrette pas d'avoir agi ainsi en présence des résultats funestes que j'ai signalés plus haut.

Ces exemples me disposent moins que jamais à adopter la méthode de traitement intra-utérine de la rétroversion. Il est donc heureux pour moi que l'expérience d'un grand nombre d'années m'ait conduit aux conclusions mentionnées dans le cours de ce chapitre, à savoir :

1° Que les déplacements de l'utérus ne réclament, dans l'immense majorité des cas, aucun traitement mécanique spécial, pourvu que les conditions morbides qui les ont produits soient reconnues et traitées; 2° que dans les cas extrêmes d'antéversion et de rétroversion, dans lesquels il serait véritablement à désirer de redresser l'utérus par des agents mécaniques, le pessaire intra-utérin, quand

il est supporté, rend peu de service si tant est qu'il en rende, car le déplacement reparait aussitôt que l'instrument est retiré; 3° que, dans le prolapsus complet, les bandages vulvaires constituent les moyens de contention les plus facilement tolérés et les plus efficaces, combinés parfois avec un bandage abdominal, destiné à faire disparaître la pression exercée par les intestins.

Je l'ai déjà dit, l'histoire pathologique de la chute complète de l'utérus a été entièrement transformée par les recherches et les découvertes intéressantes de M. Huguier. Les résultats auxquels il est arrivé sont tellement différents de ce que l'on croyait jusque-là, que, n'étant ma confiance absolue dans le savoir et la rigueur scientifique de M. Huguier, j'aurais hésité à considérer ses doctrines comme l'expression des faits, au moins jusqu'à plus ample informé.

Il paraît que dans la grande majorité des cas, où l'on suppose l'utérus en prolapsus complet (alors qu'une tumeur de 10, 11 ou 12 centimètres de long apparaît hors de la vulve, et présente à son extrémité inférieure l'orifice du col utérin), il paraît, dis-je, que dans ces cas il n'y a pas de prolapsus de l'organe, et que celui-ci reste dans la cavité pelvienne, presque dans sa position normale. La maladie n'est autre qu'une élongation hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, et l'utérus conserve aussi bien son volume que sa position normale. Le col peut être allongé de plusieurs centimètres de l'insertion du vagin à l'orifice interne du col, tandis que la portion sous-vaginale et le corps de l'utérus ont à peine augmenté de longueur, bien qu'ils puissent être parfois hypertrophiés.

Cette tendance de la partie supérieure du col à s'hypertrophier et à s'allonger sous l'influence de certaines conditions peu connues, explique la disposition particulière que possèdent toutes les parties de l'utérus à s'hypertrophier sous l'influence d'une stimulation quelconque. La tumeur en prolapsus n'est donc pas formée par la matrice, mais par le col allongé qui, en descendant hors de la cavité vaginale, entraîne avec lui en avant la partie de la vessie qui lui est adhérente, et en arrière très-souvent une portion du rectum, enfin, dans tous les cas, cette tumeur entraîne le cul-de-sac vagino-rectal du péritoine. On a donc une tumeur formée en avant par la vessie, au centre par le col allongé, en arrière par le repli vagino-rectal du péritoine, et parfois par un prolongement du rectum lui-même. Cette tumeur est recouverte par le vagin renversé.

Bien que la tumeur qu'on désigne sous le nom de *procidence* de

l'utérus soit généralement, suivant M. Huguier, une simple élongation hypertrophique du col, autour duquel se groupent les organes et les tissus que le col entraîne dans son abaissement, cependant cette tumeur est parfois formée par le prolapsus de l'utérus lui-même, ce qui est d'accord avec les traditions classiques. Toutefois, M. Huguier, qui a fait de ce sujet l'objet de son étude pendant plusieurs années, n'a rencontré que deux cas de véritable procidence de l'utérus sur soixante-deux d'élongation hypertrophique observés dans ces quinze dernières années. Il a trouvé cet état anatomique mentionné et décrit comme un fait exceptionnel à la suite d'autopsie par divers auteurs tels que : Saviard, Morgagni, Dance, Cloquet, etc. Aucun d'eux cependant avant M. Huguier n'avait reconnu la relation qui existe entre cet état anatomique et l'affection qu'on appelle procidence de l'utérus.

Le diagnostic entre le prolapsus réel et l'élongation hypertrophique du col repose principalement sur l'emploi de la sonde utérine, qui a conduit M. Huguier à sa découverte. Si l'utérus est véritablement en prolapsus, la sonde pénètre dans l'étendue habituelle de 5 centimètres et demi; un peu plus s'il y a hypertrophie du corps de l'utérus, ou de la portion sous-vaginale du col. Dans l'élongation, la sonde pénètre jusqu'à 12, 15 ou même 20 centimètres. D'ailleurs, dans le prolapsus véritable, on peut parfois reconnaître et saisir avec la main le corps de l'utérus à la partie supérieure de la tumeur vaginale. On peut donc aussi le sentir par le rectum, ou bien encore une sonde placée dans la vessie et dirigée en arrière peut être sentie par le doigt placé dans le rectum au-dessus et en arrière de l'utérus abaissé. Le véritable prolapsus se réduit d'ordinaire facilement et reste réduit sans douleur. Au contraire, quand il y a élongation hypertrophique, la réduction est difficile et provoque de vives souffrances. Dans le premier cas, l'utérus remonte à sa position naturelle et par suite il n'y a pas de douleur possible; tandis que, dans le second, l'utérus est déjà dans la cavité pelvienne qu'il n'avait jamais quittée, et la réduction de la tumeur ne peut s'effectuer qu'en repoussant l'utérus au delà de sa position normale, et en courbant ou repliant sur lui-même le col allongé. Cela tire les ligaments, et il résulte, de la pression exercée ainsi, une douleur qui ne cède que lorsque la tumeur s'est échappée de nouveau par la vulve.

Ces faits expliquent certainement l'insuccès constant des moyens employés pour maintenir dans la cavité pelvienne la tumeur après ré-

duction. Comme il n'y a pas de place dans cette cavité pour contenir le col hypertrophié et allongé, de tels cas sont réputés incurables, et la maladie devient une infirmité qui n'est tolérable que par l'emploi de bandages vulvaires combinés avec le repos. Pour les femmes que leurs occupations ainsi que leur position sociale forcent à travailler et surtout à travailler debout, cette affection est souvent une torture prolongée. Le déplacement considérable d'une portion de la vessie et de l'orifice urétral les force parfois à uriner constamment, et il en résulte un écoulement continu d'urine à la surface de la tumeur. Il s'ensuit une inflammation et de larges ulcérations, et cet état morbide s'aggrave par le frottement continu de la tumeur contre les vêtements. Cette dernière cause suffit souvent pour produire des ulcérations larges et profondes, indépendamment du contact de l'urine. Des complications de cette nature ne sont pas rares, attendu que la maladie s'observe surtout chez les pauvres blanchisseuses ou les femmes d'artisan, qui sont obligées de travailler debout.

Dans de telles circonstances, M. Huguier propose une opération chirurgicale qui a été si souvent pratiquée par lui avec un plein succès et sans aucun fâcheux symptôme, qu'on peut, je crois, l'employer comme remède dans les cas extrêmes, bien qu'elle soit très-sérieuse. Cette opération n'est autre que l'amputation conoïde du col. J'emploie le mot *conoïde*, parce que l'objet de l'opération n'est pas seulement d'amputer la portion sous-vaginale du col, mais aussi d'enlever au-dessus de l'insertion du vagin une portion considérable du col allongé. Les difficultés et les dangers de l'opération consistent dans la présence du cul-de-sac péritonéal en arrière, et de la vessie en avant, lesquels forment, comme nous l'avons vu, une portion considérable de la tumeur. M. Huguier donne à ce sujet les détails opératoires suivants :

La malade est couchée sur le dos, au bord de son lit, les genoux soutenus et écartés par deux aides; on introduit solidement un double ténaculum dans la lèvre postérieure du col, et, par son intermédiaire, un aide porte toute la tumeur en haut et en avant. Le chirurgien introduit alors l'index de sa main gauche dans le rectum, préalablement vidé soit par un purgatif, soit par un lavement. A l'aide de ce moyen, il s'assure par la pression exercée sur la paroi antérieure de l'intestin, de la profondeur et de la position du repli péritonéal recto-vaginal. Le doigt, ainsi dirigé, sert de guide, pendant toute cette période de l'opération. On fait la première incision

au-dessous de ce doigt dans la portion du vagin qui s'insère sur le col, laquelle est constamment développée d'une façon anormale dans ces cas. On doit faire cette incision à 20 ou 25 millimètres environ de l'orifice du col, suivant la longueur de la région sous-vaginale de ce col, de manière à éviter complètement le péritoine, ce qui constitue le grand danger de l'opération. On dirige l'incision demi-circulaire, d'abord horizontalement dans la direction de la cavité du col, en raison de la proximité du péritoine, jusqu'à ce qu'on atteigne le tissu utérin, qui présente une résistance particulière. Alors on dirige l'incision obliquement en haut, et, quand on a ainsi atteint la cavité du col, le premier temps de l'opération est achevé. Si l'on a ouvert quelques artères, on doit alors les lier.

Dans le second temps de l'opération, on a surtout à craindre de blesser la vessie, mais non le péritoine, qui se porte du corps de l'utérus sur la vessie, trop haut pour qu'on ait à en redouter la lésion. On introduit une sonde dans la vessie, et on la dirige en bas vers la partie inférieure du cul-de-sac vésical qui forme invariablement la partie antérieure de la tumeur. La présence de l'extrémité de cette sonde indique le point où se termine le prolongement de la vessie. On fixe solidement le ténaculum dans la lèvre antérieure du col, et un aide l'abaisse, tandis que le chirurgien en commence l'incision au-dessous de la vessie portée en avant par la sonde, laquelle constitue le guide principal de l'opérateur. La première incision de la paroi antérieure du vagin doit être faite à environ 12 millimètres au-dessous de l'extrémité de la sonde; elle doit être dirigée horizontalement et superficiellement jusqu'à ce qu'elle atteigne l'incision postérieure. Par de petites incisions, on atteint la surface antérieure du col au-dessous de la vessie. Alors le chirurgien détache la vessie de la partie antérieure du col, à l'aide d'une dissection attentive. D'après M. Huguier, les deux organes doivent être séparés en avant dans l'étendue de 2 centimètres et demi à 5 centimètres, sans qu'on craigne de blesser le péritoine. Sur les côtés, les incisions ne doivent pas s'étendre au delà de 40 à 50 millimètres dans la crainte de léser les artères. Les artères ayant été liées, l'opérateur arrive ainsi au troisième temps de l'opération.

La vessie étant tirée et maintenue en haut, on divise la paroi antérieure du col, obliquement de bas en haut, comme on a fait pour la paroi postérieure. On devra lier les artères au fur et à mesure de l'opération, dans la crainte que, lorsque l'incision sera achevée, l'utérus ne remonte tout à coup dans le bassin. Pour empêcher un

pareil accident, on devra fixer un ténaculum dans la lèvre postérieure de l'incision. Les parties ainsi enlevées présentent la forme d'un cône dont la base correspond à l'extrémité inférieure du col, et le sommet aux parties incisées. Le tissu du col est tellement rétractile, que les ligatures qu'on y applique à la façon ordinaire s'échappent constamment; c'est pourquoi M. Huguier conseille d'employer une forte épingle recourbée, à la tête de laquelle est attaché un bout de fil; la ligature est fixée autour des tissus qui traversent l'épingle, dont on coupe alors la pointe.

Quand l'opération a été ainsi achevée, la portion du col qui reste et le corps de l'utérus sont abandonnés à eux-mêmes, et l'on introduit dans le vagin un linge fenêtré enduit de cérat, maintenu par un bandage appliqué sur la vulve; et la malade est replacée dans son lit. L'appareil de pansement est enlevé le second ou le troisième jour, et, avant de le réappliquer, on lave le vagin à l'eau chaude. Les ligatures tombent du troisième au cinquième jour. La cicatrisation est généralement complète vers le vingtième, et l'extrémité supérieure du vagin est rétractée circulairement, de façon à offrir un petit orifice transversal au sommet du cône que représente le col. La procidence est alors radicalement guérie. Le col hypertrophié et allongé continue à diminuer de volume, plusieurs mois encore après l'opération.

M. Huguier attache une très-grande importance au traitement préliminaire de la femme que l'on doit opérer; ainsi, il a l'habitude de provoquer une éruption inflammatoire aiguë, à la partie interne des cuisses et sur la région hypogastrique, avant de procéder à l'opération. Celle-ci faite, il entretient encore quelques jours cette inflammation artificielle, jusqu'à ce que toute crainte de péritonite ait cessé.

Dans les cas où la cystocèle ou la rectocèle sont assez considérables pour qu'il y ait lieu de craindre qu'elle ne persiste après la guérison de la procidence, M. Huguier conseille une très-ingénieuse modification au procédé opératoire habituel. Dans la cystocèle, l'urètre est artificiellement dilaté avec l'éponge préparée, de manière à permettre l'introduction de l'index gauche. Le doigt ainsi introduit est poussé vers la paroi antérieure du vagin qui forme la cystocèle. A l'aide de la main droite on traverse cette paroi avec une longue épingle qu'on dirige en bas dans l'étendue de 6 à 7 millimètres, à travers le tissu cellulaire interposé au vagin et à la vessie, en se guidant sur le doigt toujours placé dans ce dernier organe. On

ramène alors la pointe de l'épingle dans le vagin, on la recourbe, et l'on passe une ligature autour d'elle. On a détruit de la sorte une portion circulaire de la paroi vaginale, et l'on détermine ainsi une forte rétraction du vagin sans courir le risque de léser la vessie. On peut pratiquer la même opération sur la paroi postérieure du vagin, en se guidant sur l'index préalablement introduit dans le rectum. Ici l'opérateur devra toujours se rappeler la disposition du cul-de-sac péritonéal.

Les résultats de la pratique de M. Huguier paraissent certes des plus encourageants. Il a pratiqué quatorze fois cette opération avec un succès complet. M. Chassaignac l'a également faite six fois avec le même résultat satisfaisant. Ainsi, dans vingt opérations il n'y a pas eu d'accidents sérieux, ni ouverture de la vessie en avant, ni lésion du péritoine en arrière; il n'y a pas eu davantage d'hémorrhagie incoercible ni de métrite ou de péritonite mortelle. De tels résultats prouvent que, si cette opération est sérieuse et entourée de dangers, au moins, entre des mains habiles, est-elle aussi sûre et même plus sûre que beaucoup d'autres opérations importantes. Elle met fin d'ailleurs à une infirmité autrement incurable, et doit être, par conséquent, conservée pour les cas exceptionnels, si la pratique des autres chirurgiens confirme celle de M. Huguier et de M. Chassaignac. Ce sont ces considérations qui m'ont engagé à reproduire les détails opératoires qui précèdent. Pour plus ample informé, on devra recourir au mémoire de M. Huguier, qui est un modèle de recherches attentives et minutieuses, et épuise à peu près le sujet. Les planches qu'il contient sont intéressantes et servent de guide à l'opérateur (1).

(1) Il n'entre pas dans ma pensée de jeter du discrédit sur une opération conseillée et pratiquée avec tant de succès par un chirurgien aussi savant et aussi habile que M. Huguier. Cependant, je crois que la rigueur scientifique n'a qu'à gagner à la vulgarisation des faits malheureux. C'est ce qui me décide à publier l'observation suivante recueillie par moi à l'hôpital de la Charité. La malade était couchée dans la salle dont j'étais l'interne; j'ai pris une part active à l'opération dont j'ai attentivement suivi tous les temps; je peux attester que cette opération a été aussi bien faite que possible. Enfin, c'est moi qui ai pratiqué l'autopsie.

La femme Françoise L., âgée de quarante-quatre ans, entre le 10 avril 1855 à l'hôpital de la Charité. Cette femme, de robuste constitution, a eu neuf enfants, dont quatre seulement sont vivants, les autres ayant succombé aux divers accidents de l'enfance. La femme L. a eu de plus trois fausses couches à des intervalles irréguliers.

A chaque couche, cette femme s'est toujours levée dès le lendemain de sa déli-

Le prolapsus de la vessie, qui parfois complique, ainsi que nous l'avons vu, le prolapsus utérin, est souvent pris pour ce dernier, et il

vance; elle faisait alors son lit, et accomplissait des travaux assez pénibles, sans avoir jamais eu de pertes ni d'accidents d'aucune sorte; ce qui prouve assez quels étaient la vigueur de la constitution et le bon état de l'appareil utérin.

La dernière couche a eu lieu le 16 mars 1851; même conduite de la part de la malade, mais cela non plus innocemment. Quatre à cinq jours après sa couche, la malade est obligée de céder aux désirs de son mari, qui s'aperçoit qu'une espèce de boule fait obstacle au coït et s'oppose à l'intro-mission. La malade n'éprouvait d'ailleurs aucune douleur.

Un médecin appelé à visiter cette femme constate qu'il y a un abaissement de l'utérus.

Cependant les règles continuent de couler normalement, et la santé reste excellente. Il y a deux mois seulement, qu'à la suite de fatigues, des fluxus blanches apparaissent qui deviennent abondantes, et sont bientôt accompagnées de tiraillements d'estomac et d'un peu de fatigue musculaire. L'état général n'en est pas moins encore excellent; la face est colorée, la femme conserve de la vigueur et une grande force morale; elle n'entre à la Charité, pour se faire guérir de son prolapsus utérin, qu'afin d'être mise en état de se livrer aux rapprochements conjugaux, les exigences de son mari étant impitoyables.

L'état local est le suivant. Les lèvres du museau de tanche, considérablement tuméfiées, sont saillies hors de la vulve; la lèvre antérieure, plus volumineuse que la postérieure, est conoïde, et a 4 centimètres de longueur sur 3 et demi de largeur à sa base. La lèvre postérieure n'a guère que 3 centimètres de longueur avec une largeur égale à celle de la précédente. La membrane muqueuse qui les recouvre est sèche, à peine congestionnée et nullement ulcérée. Dans son ensemble, le museau de tanche a un peu l'aspect d'une gueule de requin dont les lèvres s'entr'ouvrent quand la malade fait un effort; alors aussi le col tout entier sort de la vulve; on constate, en avant comme en arrière, que le cul-de-sac vaginal-utérin est très-proche de l'entrée de la vulve, et, par le toucher rectal, on sent que l'utérus n'est plus à sa place accoutumée. La muqueuse vaginale est saine, le museau de tanche entr'ouvert n'offre qu'une rougeur hyperémique de la muqueuse du col, sans ulcération ni écoulement.

C'est le 21 avril seulement, onze jours après l'entrée de cette femme, que l'on procède à l'amputation des deux lèvres et de la presque totalité du col. La malade ayant été préalablement chloroformée, le chirurgien enfonce une érigne de Luer dans la face utérine de la lèvre antérieure, et, par son intermédiaire, l'utérus est fortement tiré hors de la vulve. On résèque alors la lèvre postérieure, puis la lèvre antérieure, en conservant le plus de muqueuse possible, après avoir décollé celle-ci sur une longueur de 2 centimètres environ. Deux artères latérales utérines sont liées. Après l'amputation, l'utérus remonte aussitôt; on fait un pansement simple avec un linge fenêtré et de la charpie qu'on introduit dans le vagin, et il n'y a pas d'hémorrhagie consécutive. La journée se passe très-bien; la malade mange une portion. Le lendemain, il n'y a plus de douleur utérine, le pouls est normal, l'appétit vif, la soif nulle et l'état général excellent. On donne un bain à la malade.

Le surlendemain 23, à la visite du matin, il y a de la pâleur de la face, un lé-

est toujours difficile de le traiter et de le guérir. Parfois il cède au repos, à la disparition de l'inflammation concomitante, et à l'em-

ger abatement qui contraste avec l'air gai des jours passés. Cependant l'opérée est loin de se plaindre, et affirme ne souffrir nullement. Il y a eu hier un peu de douleur dans le petit bassin, mais qui n'a pas persisté. La pression de l'hypogastre n'est pas douloureuse; la plaie de l'utérus ne fait pas souffrir l'opérée. Mais il y a de la dysurie, et l'on est obligé de sonder la femme plusieurs fois par jour. Le fait grave, c'est que le pouls est petit et fréquent: il bat cent fois par minute; il y a de l'anorexie, de la soif, du dégoût et des nausées assez fréquentes.

A deux heures de l'après-midi, les nausées augmentent, et sont suivies de vomissements de liquide acide. A cinq heures et demie, je revois la malade et je la trouve dans l'état suivant. Il y a de l'abattement, de la lourdeur de tête et des vertiges quand la malade veut s'asseoir; sentiment de courbature, parole un peu faible, intelligence parfaite, bon état moral, face moins pâle, peau chaude, pouls à cent, petit, mais non serré. Absolument rien du côté de l'hypogastre, ni douleur spontanée ni douleur à la pression; pas de ballonnement du ventre, mais douleur épigastrique. Un lavement purgatif donné dans la matinée a provoqué quelques coliques et déterminé trois selles.

24. — Face pâle, avec légère cyanose des pommettes; yeux légèrement excavés et cernés; sillon abdominal se dessinant déjà. Affaïssement, faiblesse, pouls à cent et cent quatre, pas de frissons. Absolument rien du côté de l'utérus et du péritoine.

A la visite du soir, douleur à la pression de l'hypogastre, au niveau de l'utérus et de l'ovaire gauche, ce qui n'avait encore jamais eu lieu. Pas de douleur au toucher vaginal. Légère aggravation de l'état général. Dégoût pour les boissons et pour les aliments.

25. — Insomnie. A quatre heures du matin, douleur spontanée dans le petit bassin, en même temps nausées sans vomissement. A la visite, face grippée, abattement, voix faible et grand courage encore. Douleur à la pression de l'hypogastre, mais profonde et sans ballonnement. Nausées sans vomissement, langue blanche, dégoût pour les boissons, pouls à cent quatre (onctions mercurielles sur le ventre, lavement laudanisé).

A cinq heures du soir, exacerbation de tous les symptômes, face plus grippée, prostration. Pour la première fois, abattement moral, voix très-faible et plaintive, nausées, dégoût. Mais, ce qui est plus significatif, généralisation de la douleur à tout l'abdomen. Ballonnement du ventre, qui est partout et superficiellement douloureux à la pression. Pouls à cent dix, vibrant et petit. Je fais appliquer trente sangsues sur le ventre et donner de la glace pour combattre les vomissements.

Le 26, nausées et vomissements pendant la nuit et le matin. Langue un peu rouge. Douleurs vives de l'abdomen, spontanées et à la pression, moins fortes cependant qu'hier soir. Pouls à cent vingt. Intelligence nette. La malade essaye encore de sourire et a beaucoup de courage (onctions sur le ventre avec un mélange d'onguent mercuriel et de pommade belladonnée à parties égales).

Somnolence dans la journée, délire loquace la nuit.

27. — Altération profonde de la face à sept heures du matin. Sueurs profuses.

ploi des injections de liquides astringents ou d'eau froide dans la vessie. Mais très-souvent cependant, le prolapsus vésical résiste à ces moyens, et il devient nécessaire de recourir à des moyens mécaniques de sustentation tels que : le pessaire sphérique de caoutchouc vulcanisé, ou encore le pessaire en bois, rond, ovale, ou annulaire. La pression exercée à l'extérieur de la vulve est peu utile ; quand le vagin n'est pas trop aminci, j'ai vu l'excision de plusieurs plis de sa paroi antérieure (laquelle est en prolapsus), donner de bons résultats. La cicatrisation des parties excisées donnant à la paroi vaginale la solidité et la tonicité suffisantes pour soutenir la vessie. Mais cette opération est souvent impraticable, par suite de la minceur, de la dilatation et du peu de consistance des parois vaginales. En pareil cas, on peut essayer la modification conseillée par M. Huguier. Quand on emploie les pessaires, on doit les retirer souvent et employer des injections de liquides astringents ou d'eau froide.

La malade ne répond plus; le pouls est innombrable. La mort a lieu à quatre heures de l'après-midi, six jours après l'opération.

A l'autopsie, faite le 29, on trouve les lésions d'une péritonite généralisée : déjà des fausses membranes relient les anses de l'intestin grêle et du gros intestin entre elles et avec les lames de l'épiploon. Ces fausses membranes sont d'un gris jaunâtre, peu vasculaires, sinon au niveau des intestins et de l'utérus. Il y a deux verres de pus environ dans l'excavation du petit bassin, et de la sérosité purulente disséminée dans tout l'abdomen.

Le corps de l'utérus est abaissé; les ovaires sont congestionnés, et les ligaments larges très-vasculaires. L'utérus, fendu dans toute sa longueur, ne présente qu'un tissu d'aspect normal, sans vascularisation ni rougeur aucune. Il est volumineux comme celui d'une femme qui a eu beaucoup d'enfants. Pas de transmission appréciable d'une inflammation qui n'existe pas à l'utérus et de là au péritoine. Il y a une légère rougeur de la membrane muqueuse du fond de l'utérus, avec exsudation sanguinolente à ce niveau. Le reste de la muqueuse utérine, de ce point jusqu'au niveau de la surface d'incision, est absolument sain et ne présente ni épaissement ni rougeur. Ce qui reste du col utérin a une couleur noirâtre, plombée, cadavérique. Le vagin est sain, le cul-de-sac vaginal intact. L'incision n'a pas dépassé les limites du col de l'utérus, n'a pas déterminé de perforation du vagin, et nulle part n'a intéressé le péritoine avoisinant. La séreuse péritonéale qui tapisse la partie inférieure de l'utérus et le cul-de-sac du vagin n'offre pas de signe d'une inflammation plus ancienne là que partout ailleurs.

En résumé, absence complète d'inflammation au niveau de la plaie d'opération, absence également complète de phlogose dans la presque totalité de l'utérus, qui ne présente guère d'altération que vers le fond de l'organe, et encore cette altération n'est-elle pas manifestement inflammatoire. Absence d'inflammation au niveau du cul-de-sac vaginal, et cependant péritonite généralisée. Ainsi, l'inflammation n'a pas débuté par la plaie d'opération du col, et ne s'est pas propagée du

Dans tous les cas, la malade, lorsqu'elle urine, doit réduire elle-même sa vessie abaissée afin de la vider complètement (1).

Les cas dans lesquels le périnée a été déchiré dans une grande étendue sont ceux où il est le plus difficile de porter remède au déplacement utérin concomitant. C'est ce qui a particulièrement lieu, quand la déchirure a détruit tout le périnée et s'est même étendue jusqu'au sphincter de l'anus, qui s'en trouve en partie détruit. En pareil cas, les tissus qui ferment le détroit inférieur du bassin ont perdu leur support et les organes pelviens ont une irrésistible tendance à tomber quand la femme est debout. On a tenté de bien des manières, dans ces dernières années, de porter remède à cette condition pénible, à l'aide de procédés chirurgicaux ayant pour objet de rétablir le périnée. Je ne peux cependant que renvoyer le lecteur à la seconde édition de l'excellent *Traité des maladies chirurgicales des femmes* (2) de M. Baker Brown.

col au corps de l'utérus, puis de celui-ci au péritoine; elle n'a pas débuté davantage par le cul-de-sac du vagin ni par le péritoine à ce niveau, et sous l'influence d'une lésion accidentelle faite pendant l'opération, puisque le péritoine n'a nulle part été touché: il faut admettre ici l'existence d'une péritonite développée par sympathie de voisinage.

Il suffit de rapporter cette observation sans l'accompagner de longs commentaires; elle fait voir quelle sympathie morbide l'utérus entretient avec les organes abdominaux, et en particulier avec le péritoine. Elle fait voir aussi que ce n'est pas toujours avec impunité qu'on porte l'instrument tranchant sur le col utérin, physiologiquement si peu sensible. Si donc j'ai rapporté cette histoire avec tant de détails, c'est afin de faire réfléchir le médecin qui serait tenté de pratiquer pour une ectopie, après tout sans gravité, une opération en apparence aussi simple, et, dans tous les cas, aussi facile, mais qui, cependant, peut entraîner la mort. Si peu nombreuses que soient les chances d'une terminaison fatale, au moins devra-t-il y songer et les faire préalablement connaître à qui de droit. Tel a été le but de cette note.

(Note du TRADUCTEUR.)

(1) Voir, dans la *Gazette hebdomadaire*, année 1851, le remarquable résumé que M. Gosselin a donné de la discussion académique sur les *Déplacements de l'utérus*. Les recherches originales de ce professeur, recherches auxquelles j'ai assisté, l'ont conduit aux mêmes conclusions que M. Bennet, à savoir: que les déplacements de l'utérus ne sont rien moins que des affections, et que les femmes atteintes de déplacement n'éprouvent de symptômes utérins que quand il existe simultanément une lésion de la matrice. C'est là une vérité qu'on ne saurait trop vulgariser.

(Note du TRADUCTEUR.)

(2) *On surgical diseases of women*, 1861.