

Ces symptômes nous indiquent dans le premier cas l'existence d'un *fœtus mort* et l'imminence d'une fausse couche, dans le second la présence d'une *mole hydatique*.

Mon avis est que l'hémorrhagie utérine persistante, qui résiste au repos, à l'ergotine, au bromure de potassium réclame une intervention active et immédiate et je n'hésite jamais à dilater le col afin de faciliter l'expulsion du contenu utérin.

La mole hydatique est rarement retenue dans l'utérus plus de 5 mois et dans la majorité des cas elle est expulsée beaucoup plus tôt et sans aucun danger. Elle est due à une hypertrophie des villosités du chorion, appartenant à un ovule incomplètement fécondé et elle peut très bien survenir plusieurs fois de suite chez la même malade. J'ai eu à donner mes soins à une femme, qui avait eu cinq de ces moles et qui devint néanmoins enceinte d'un enfant vivant, mais nous ne fûmes certains du fait qu'au cinquième mois, lorsque nous entendimes les bruits du cœur fœtal. Je crois la pathologie de cette affection très analogue à celle que nous avons décrite comme *endométrite membraneuse*, et que, nous attribuons à la fécondation incomplète d'un ovule, car elle aussi est certainement le résultat d'une imprégnation.

DÉPLACEMENTS UTÉRINS

Depuis que *Simpson* a le premier attiré l'attention du monde médical, en 1848, sur l'importance des déplacements utérins, il n'y a pas de sujet en pathologie sur lequel il ait été écrit plus d'absurdités. Je ne vois pas cependant que la question ait avancé depuis la publication de ses leçons originales.

En me basant sur une expérience d'environ un quart de siècle, je suis disposé à croire que *Simpson* lui-même a exagéré l'importance des déviations utérines, mais, quelles que soient les erreurs qu'il ait pu écrire sur ce sujet, ce ne sont

que des taupinières en comparaison des montagnes élevées par quelques-uns de ses successeurs.

Il est vraiment amusant de considérer les nombreux points de vue, auxquels les différents auteurs envisagent ce sujet en somme fort simple : ils courent d'un extrême à l'autre et ne font qu'augmenter les difficultés par l'introduction de complications absolument inutiles. Un gynécologue distingué de ma connaissance semble découvrir une flexion ou une version spéciale chez chaque malade qu'il examine ; je l'ai même trouvé un jour s'efforçant d'arrêter une hémorrhagie, causée par la rétention d'un fragment placentaire, à l'aide d'un instrument compliqué qu'il avait introduit pour rectifier une soi-disant rétroflexion.

Dans la pratique d'un autre spécialiste, également fort distingué, il semble qu'il ne survienne jamais ni une flexion, ni une version, toute chose est attribuée « à l'inflammation et à l'irritation » utérine et est traitée par des drogues inutiles. Tout cela est excessivement malheureux pour la profession et diminue la confiance du public et du monde médical dans les spécialistes. Il est toujours assez difficile de nous débarasser complètement des préjugés et des préférences acquises. Il semble en effet que l'esprit humain ait tendance à considérer toujours au même point de vue les questions les plus diverses. Pour les déplacements utérins je crois que l'on évitera cette tendance en faisant une étude attentive de chaque cas particulier et en s'aidant des indications que le grand bon sens de *Simpson* nous a fournies sur ce sujet.

Lorsque *Scanzoni* dit gravement que les *antéflexions* sont au moins huit fois plus fréquentes que les *rétroflexions*, nous en pouvons conclure que le professeur distingué de Wurzburg a recherché les déplacements utérins avec un peu trop d'empressement, qu'il a cru les rencontrer dans des conditions absolument normales ou qu'il n'a pas attribué une attention suffisante à la valeur des expressions qu'il employait.

Je tiens à dire, en premier lieu, que la nomenclature que nous devons à *Simpson* doit être strictement maintenue. Une *version* indique l'état d'un utérus qui a subi une déviation de son axe, sans que cet axe soit courbé ou du moins le soit d'une façon notable. Une *flexion* indiquera que le corps de l'utérus est fléchi sur le col, en formant avec lui un angle plus ou moins aigu.

Chez la nullipare la position normale de l'utérus est l'*antéversion*, avec plus ou moins de tendance à l'*antéflexion*; moins le développement de l'utérus est avancé, plus nous trouvons cet état prononcé. Par conséquent un utérus qui est incomplètement développé sera sûrement en antéversion marquée sinon même en antéflexion. Mais traiter cet état comme pathologique, tant qu'il n'existe pas de symptômes pénibles bien définis, rentre dans le domaine du plus pur charlatanisme; cette pratique est de celles qui causent tant de tort aux spécialistes. C'est dans de telles appréciations que nous trouvons la base des assertions avancées par certains auteurs, qui assurent que 50 0/0 de toutes les femmes souffrent d'une déviation utérine.

Position normale de l'utérus. — Les opinions que j'avance ici sont celles que j'ai déjà fait connaître lorsque je traitai ce sujet, pour la première fois il y a environ 16 ans, et elles se sont trouvées confirmées et consolidées par la nouvelle expérience que j'ai acquise depuis lors. L'auteur le plus récent qui ait traité ce sujet, *Schultze*, professe — ce que je reconnais être exact — que, dans la *station debout*, le rectum et la vessie étant à l'état de vacuité, l'utérus est presque horizontal et plus ou moins antéfléchi. Telle est la position normale dans toutes les circonstances: chez les *nullipares* l'antéversion utérine est même encore plus accentuée, car le fond est tourné un peu en bas, et pour l'*utérus infantile* le fond regarde presque directement vers le sol. Mais ceci ne doit pas être envisagé comme une anomalie uniquement dépendante de l'utérus,

car, dans ces cas d'arrêt de développement, les ovaires et les trompes contribuent beaucoup à ce déplacement.

Ainsi la prétendue antéversion ne légitime nullement les tortures qu'on inflige aux malheureuses femmes en leur faisant porter des pessaires de toute sorte. Le seul traitement local, qui puisse être de quelque utilité, est la *tige galvanique*, et encore est-elle toujours dangereuse. Pour ma part je l'ai entièrement abandonnée et je partage complètement l'avis de *Schultze*, qui regarde comme *contre-indiqué* et même *nuisible* le traitement de l'antéflexion pathologique par les pessaires intra-utérins. L'emploi d'un pessaire quelconque, dans les cas d'*origine congénitale*, est une absurdité. Le seul traitement rationnel consiste en une thérapeutique générale, à essayer d'obtenir quelques progrès dans le développement de l'organe par les ferrugineux et par les douches chaudes, administrées avant la période menstruelle. Si ce traitement ne réussit pas et si les douleurs dysménorrhéiques s'accroissent et deviennent intolérables, la question de l'enlèvement des annexes utérins peut être discutée. Je suis certain que c'est un traitement moins dangereux que l'emploi des pessaires intra-utérins, et qu'en plus il a le grand mérite d'être efficace.

Schultze nous dit que l'antéversion peut être produite par un processus pathologique, mais d'après mon expérience le fait est très rare, et, lorsqu'il se produit, il est dû, comme la rétroversion, à la subinvolution *post partum*.

En somme la pathologie et le traitement de tous les cas rentrant dans cette question si confuse, se résolvent pour moi de la manière la plus simple. Il est évident que je ne fais pas allusion aux déplacements utérins dus à la présence de tumeurs, car il serait absurde de confondre ces cas avec les déplacements utérins proprement dits. Je ne parle pas non plus des rotations et des déplacements latéraux, qu'on ne découvre que par hasard, et auxquels je n'attribue pas la moindre importance. *Schultze* en parle beaucoup dans son livre,

mais à mon avis sans justifier le moins du monde l'importance qu'il y attache.

Rétroversion de l'utérus. — Le déplacement qui a la plus grande importance est la *déviatio en arrière*; il est assez indifférent qu'il s'agisse d'une version ou d'une flexion, ou des deux simultanément, car cet état est toujours pathologique. On peut les diviser en deux classes bien distinctes, dont une, très fréquente, constitue peut-être l'affection utérine la plus commune et une des plus faciles à guérir; l'autre plus rare et ne peut guère être améliorée que par une opération chirurgicale.

Le *premier groupe* comprend les déplacements consécutifs à un accouchement et qui sont occasionnés par une *régression utérine incomplète*. Chez les femmes appartenant à la classe aisée, cette condition est généralement la conséquence de l'habitude qu'ont ces malades de ne pas nourrir elles-mêmes leurs enfants. Dans les classes pauvres, qui fournissent surtout la clientèle hospitalière, cet état est dû à ce que ces femmes sont obligées de se lever beaucoup trop tôt après leurs couches. Dans les deux cas, il se produit un *relâchement des ligaments utérins*; l'utérus lourd, volumineux, tourne en arrière, et il reste dans cette position anormale jusqu'à ce qu'il ait repris sa place ou que la régression de l'organe soit complète.

Il peut se faire que, malgré le déplacement, la régression utérine continue à son cours normal et que l'utérus en rétroversion ou en flexion possède son volume normal. Néanmoins cela est fort rare et je suis certain que beaucoup de ces cas arrivent à une guérison spontanée par le seul fait de la régression utérine et, si ce n'est pas le cas, le simple déplacement en arrière sans augmentation de volume de l'organe ne donnera pas lieu à des troubles bien sérieux. Ceux-ci ne surviennent que lorsque la *subinvolution* et la *rétroversion* ou *flexion* coïncident et surtout lorsqu'il existe en plus

une *métrite chronique*. Ainsi je suis sûr que bien des femmes affectées de ce déplacement ne présentent aucun symptôme particulier. Dans les cas où les deux affections utérines existent simultanément on constate une menstruation profuse et trop fréquente, une leucorrhée abondante dans l'intervalle des périodes menstruelles, des douleurs lombaires, des pesanteurs et tout le cortège des misères qui rendent la vie intolérable aux femmes qui souffrent de lésions pelviennes. Dans ces cas l'utérus est rarement fixé par des brides et on peut facilement le ramener en position normale.

Pour arriver à ce résultat on peut employer des pessaires, mais je préfère toujours essayer auparavant de guérir mes



Fig. 10. — Pessaire de Fowler.

malades par le chlorate de potasse et l'ergot et je réussis dans 90 0/0 des cas. J'ai les pessaires en horreur et je ne les emploie jamais, tant que je puis m'en passer. Si je suis obligé de recourir à leur emploi, j'utilise soit le pessaire de *Fowler*, soit un anneau que j'imaginai il y a quelques années et qui est connu sous le nom de pessaire en coin. Les deux modèles sont en ébonite. Le premier est taillé en forme de coupe; le col vient se placer dans sa cavité *d*, tandis que le corps utérin déplacé vient s'appuyer sur la petite branche *e*, et que la branche montante *a b* s'appuie sur le rectum ou sur le pubis suivant que nous avons affaire à une antéflexion ou à une rétroversion. L'ouverture *c* sert à introduire

le doigt du chirurgien pour enlever ou déplacer le pessaire. Il existe trois grandeurs différentes de cet instrument et il est très utile dans les cas qui réclament son emploi. Il a néanmoins deux défauts, celui de ne pas s'adapter à tous les cas, et celui d'être un peu coûteux; je l'ai vu aussi parfois se placer dans l'axe transversal du bassin et faire ainsi plus de mal que de bien.

Mon pessaire en *coin* est plus simple et il a une action très analogue. La masse ronde à l'extrémité la plus large constitue une base sur laquelle le col utérin repose à son aise. Tous les pessaires doivent être en celluloïde ou en

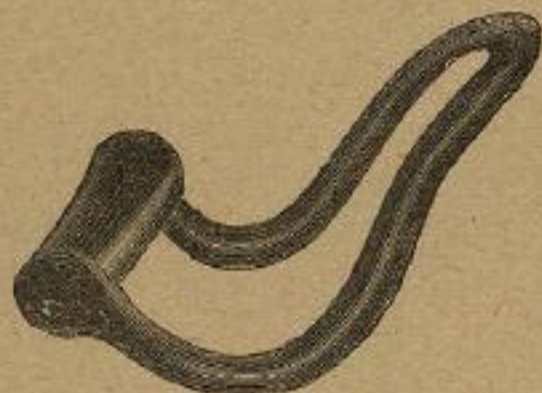


Fig. 17. — Pessaire en coin de Tait.

ébonite, car les pessaires en caoutchouc mou donnent lieu à un écoulement abondant et doivent par conséquent être évités. En ramollissant l'anneau de celluloïde dans l'eau chaude, on peut lui donner la forme que l'on désire, ce qui constitue un réel progrès et une invention précieuse.

Si la régression utérine a été complète, je crois que les pessaires ne guériront pas la rétroversion; la seule chose qui puisse y parvenir est une nouvelle grossesse.

On a prôné dernièrement une opération qui consiste à redresser l'utérus en raccourcissant les ligaments ronds, mais on ne peut encore se prononcer sur sa valeur quant à une guérison définitive. Je n'ai eu que deux fois l'occasion de la pratiquer: dans un des cas la guérison ne se maintint que pendant quelques mois, la seconde faillit coûter la vie à une

malade et elle n'eut aucun bon résultat. Par conséquent je n'ai pas continué à pratiquer cette opération et je n'ai pas entendu dire que beaucoup d'autres chirurgiens l'aient admise dans leur pratique d'une façon permanente et définitive.

Les cas de rétroversion compris dans mon *second groupe*, et pour lesquels on ne peut invoquer une origine puerpérale sont toujours dus à quelque accident ou à une inflammation périmétrique. Dans le premier cas on peut *remédier* au déplacement, mais on ne peut le guérir d'une manière permanente. Dans le second, l'emploi des pessaires est absolument contre-indiqué par la présence de brides et d'adhérences, et tous ceux qui les emploieront, dans ces cas, ne pourront que s'occasionner des embarras et des désagréments. *Schultze* et d'autres auteurs racontent qu'ils n'hésitent pas à faire des tractions pour rompre ces adhérences, mais d'après mon expérience ce n'est pas chose facile. De plus les brides comprennent les ovaires et les trompes, de sorte que ces cas n'appartiennent pas en somme aux affections utérines proprement dites, mais doivent rentrer dans les lésions des annexes de l'utérus et c'est dans ce chapitre que nous aurons l'occasion d'en parler (périmérite exanthématique).

L'antéversion est parfois la conséquence de la subinvolution; le fait est rare, mais il constitue quand il se produit une affection très rebelle et très pénible. Je n'en ai vu que trois ou quatre cas et je n'ai jamais réussi à trouver un pessaire qui me rendit alors le moindre service. J'en envoyai un cas à un partisan enthousiaste de l'emploi des pessaires et il n'eut pas plus de succès que moi. En somme, je suis entièrement d'accord avec *Schultze* lorsqu'il nous dit qu'il est parfaitement impossible de rectifier une antéversion ou une antéflexion sans une tige intra-utérine, mais pour ma part je ne veux rien avoir à faire avec ces dangereux procédés. La meilleure thérapeutique est encore l'ergotine et les sels de potasse et en dernier ressort la curette et le cautère.

On voit donc que mes idées sur les déplacements utérins ont au moins le mérite de la simplicité, et je suis sûr qu'elles ont de plus celui de la prudence, car il est tout aussi important d'éviter de nuire aux malades que de chercher à les guérir. Les idées courantes sur les déplacements utérins et le traitement routinier par les pessaires m'ont souvent fait désirer que ces derniers n'eussent jamais été inventés.

Rétroversion de l'utérus gravide. — La rétroversion peut accompagner la grossesse, mais je crois que cela se produira seulement lorsqu'une version en arrière existait déjà antérieurement; en général la version se rectifie à mesure que la grossesse fait des progrès et, si l'on prend les précautions nécessaires pendant les suites de couches, il peut très bien se faire que le déplacement se trouve corrigé définitivement par cet incident. Quelquefois, néanmoins, il devient une cause de fausse couche et cela peut même se répéter plusieurs fois de suite.

Dans un cas remarquable, que je vis avec M. Langley Browne, de West Bromwich, une rétroflexion très accentuée avait persisté jusqu'à la fin de la grossesse. M. Browne avait été appelé et il constata la présence de douleurs utérines bien manifestes, mais il ne put trouver le col. Il me télégraphia et avant d'avoir chloroformé la malade je fus dans le même cas que lui. La première impression était que nous avions à faire à un cas de grossesse extra-utérine et l'extrême minceur des parois utérines parlait encore en faveur de cette interprétation. La narcose me permit néanmoins de trouver le col au sommet du vagin considérablement allongé, il était situé tout à fait au niveau de l'ombilic. En introduisant mon doigt dans l'orifice du col et en m'aidant de l'autre main appuyant sur l'abdomen, je réussis à faire pivoter l'utérus autour de son axe transversal et M. Browne termina l'accouchement par la version, car nous avions affaire à une présentation de l'épaule.

Diagnostic de la rétroversion. — Le diagnostic de la rétroversion est plus facile que celui de la rétroflexion, car la courbure de cette dernière simule une tumeur du cul-de-sac postérieur, que l'on peut prendre pour les trompes ou les ovaires ayant contracté des adhérences avec le corps de l'utérus. La rétroversion pourra toujours être facilement reconnue en introduisant l'index de la main droite dans le vagin et celui de la gauche dans le rectum. La sonde utérine pourra rendre des services, mais elle n'est pas nécessaire à un praticien rompu au toucher, à moins de complications.

Lorsque l'utérus est *mobile*, en repoussant en arrière le col qui est toujours dirigé en avant, on pourra rectifier le déplacement de telle manière que le fond de l'utérus arrivera au-dessus du pubis; le diagnostic sera alors assuré et on constatera ainsi l'absence de brides ou d'autres complications. Nous avons déjà vu que la masse sentie dans le cul-de-sac postérieur, et que l'on prend toujours pour le corps de l'utérus rétrofléchi, peut très bien être constituée par une petite tumeur, formée par la trompe ou par l'ovaire, devenus adhérents à la paroi utérine postérieure.

J'ai vu plusieurs fois des élèves ou des praticiens inexpérimentés pratiquant le toucher rectal arriver sur un col normal et conclure à une version utérine, parce qu'ils avaient cru sentir sous le doigt le fond de l'utérus.

Les symptômes généraux ne sont que d'un faible secours pour le diagnostic des déplacements utérins, ils ne font qu'appeler notre attention sur la nécessité d'un examen local. Des douleurs pelviennes ou lombaires persistantes, la miction fréquente et douloureuse, la difficulté à la défécation, des symptômes réflexes mal définis ou un mal de tête persistant pour lequel on ne trouve aucune cause appréciable, doivent toujours donner l'éveil et diriger l'attention sur les ovaires ou l'utérus.

Chez les femmes non mariées et vierges nous devons tou-

jours hésiter à pratiquer le toucher vaginal, mais lorsque le traitement général échoue et que les symptômes généraux ne peuvent être expliqués d'une autre manière, nous ne devons pas différer l'examen des organes pelviens. En effet j'ai eu bien souvent l'occasion d'observer, et beaucoup de mes collègues seront sans doute dans le même cas, combien il arrive souvent qu'une affection utérine méconnue se trouve être la cause de symptômes subjectifs éloignés, qui disparaissent complètement après le traitement local.

Traitement des rétroversions. — Comme pour les déplacements en avant, nous trouvons de nombreux exemples de rétroversion ou de rétroflexion qui ne donnent lieu à aucuns symptômes et qui par conséquent ne réclament aucun traitement. Lorsqu'une thérapeutique active est nécessaire, elle diffère presque pour chaque cas particulier; en effet, aucune espèce de pessaire ne peut répondre à tous les cas. Les vagins diffèrent autant que les physionomies des malades, par conséquent l'anneau circulaire de *Simpson*, fait en celluloïde, auquel on pourra donner la forme et la courbure désirables, est celui qui répondra le mieux à toutes les indications. Il suffit d'en avoir deux ou trois grandeurs, variant comme diamètre entre 6 et 10 centimètres. Il s'agit ensuite de placer le pessaire de manière qu'il agisse utilement; en général il devra être placé derrière le col, mais parfois il devra l'être en avant. Tous ces détails devront être surveillés avec le plus grand soin, car la malade n'est pas plus soulagée ou guérie par le simple fait d'avoir un pessaire dans son vagin, qu'une jambe cassée n'est remise quand on place dans le lit quelques bûches de bois.

Néanmoins je n'ai jamais été satisfait des pessaires comme agents curatifs, et je regrette que la facilité de leur emploi, aidée par la réclame des fabricants, ait contribué à étendre leur usage à un degré véritablement absurde.

Prolapsus utérin. — Pour définir les descentes de l'utérus je n'emploie d'autres termes que ceux de *prolapsus* et de *procidence*; par prolapsus je comprends les cas où l'utérus, quoique descendu, n'apparaît pas encore à la vulve; je range sous le nom de procidence les cas où le col ou l'organe entier vient faire saillie au dehors, dans ce cas la *procidence* est dite *complète*.

Le prolapsus ou même la procidence de l'utérus, sans *allongement hypertrophique du col*, peuvent survenir à tout âge, car je l'ai observé chez des enfants très jeunes, et je possède un spécimen provenant d'un fœtus avant terme, qui m'a été donné par mon ami le Dr *Charles Warden*, et sur lequel l'utérus est en procidence complète, en dehors de la vulve. Ces déplacements sont toujours dus au relâchement et à l'élongation des ligaments suspenseurs de l'utérus, et ce dernier état pathologique peut reconnaître des causes bien différentes. La plus fréquente est la négligence de certaines femmes après leur accouchement, et même au moment de leurs périodes menstruelles, puis la pression causée par une tumeur abdominale, ou une collection de liquide ascitique. Ainsi, dans un cas que j'ai publié (1), il existait chez une jeune fille de 18 ans une procidence complète, de l'utérus et de la vessie, prolapsus dû à la compression d'une tumeur ovarienne; lorsque j'enlevai la tumeur, j'obtins en même temps la guérison radicale du prolapsus en fixant l'utérus dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

La procidence de l'utérus est une affection relativement rare dans la classe moyenne, mais excessivement fréquente dans notre clientèle hospitalière, fait qui nous indique déjà son étiologie principale. On sera souvent très étonné de voir que des femmes ont pu passer plusieurs années de leur vie avec une chute complète de leurs organes pelviens sans réclamer notre assistance. Il est curieux que le prolapsus ne donne

(1) *Lancet*, octobre 1875.

souvent lieu à aucun trouble important, tandis que d'autres fois il occasionne des sensations douloureuses et des pesanteurs qui rendent impossible tout travail actif.

Le *diagnostic* en est toujours fort simple et le traitement facile. Le plus grand nombre des cas peuvent être grandement améliorés par un pessaire circulaire, comme pour la rétroflexion, ou bien par l'emploi des pessaires de soutien de *Simpson*. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, ces instruments sont loin d'être sans danger, ils peuvent donner lieu à des ulcérations étendues, pouvant même aboutir à des fistules rectales ou vésicales, à moins que la malade veuille bien se présenter à intervalles réguliers. Mais les malades des hôpitaux négligent constamment cette dernière recommandation, de sorte que les pessaires ne sont nullement indiqués pour ce genre de clientèle. Les pessaires en boule, dont j'ai déjà parlé à propos de la cystocèle vaginale, sont plus sûrs, car ils ne peuvent produire de lésions vaginales, et ils peuvent être retirés fréquemment pour les soins de propreté.

Comme opération radicale, celle qui donne les meilleurs résultats est l'*extension du périnée*, telle que je l'ai déjà décrite dans un chapitre antérieur. Dans les cas de *procidence complète*, j'emploie encore la même opération et ses résultats sont généralement durables, ce que je n'ai jamais obtenu par d'autres procédés. Certaines de mes malades sont restées après cette opération tout à fait valides pendant plus de 10 ans.

On a mentionné le cas d'un utérus trouvé dans un sac herniaire, mais je n'ai jamais eu l'occasion de voir un pareil déplacement.

Inversion utérine. — L'inversion utérine est dans la majorité des cas consécutive à l'accouchement, mais je l'ai observée comme ayant été provoquée par la présence de tumeurs siégeant sur le fond de l'utérus, l'ayant attiré en bas par leur poids et ayant produit une inversion complète ou partielle.

Elle ne vient à la connaissance du chirurgien que dans ce dernier cas, ou lorsqu'elle a été négligée ou méconnue au moment de l'accouchement.

Symptômes et diagnostic. — Je n'ai jamais vu un seul cas d'inversion utérine chronique *partielle*, je présume donc qu'elle doit être fort rare. Le diagnostic présente une seule difficulté, c'est de le distinguer d'un *polype*. Il existe un grand nombre d'observations où l'utérus inversé, sans complication de tumeurs, a été amputé par erreur, pour la seule raison que l'on avait cru avoir à faire à un polype. Cette opération fut parfois suivie de succès, mais généralement d'un résultat fatal; par conséquent il est toujours important dans ce cas de bien s'assurer de la nature de la tumeur avant d'appliquer l'écraseur. Lorsqu'il n'existe pas de tumeur, le point important à relever est celui d'un accouchement antérieur, dont les détails suffiront à mettre le praticien sur la voie.

Un symptôme de grande importance et bien caractéristique sont les *hémorrhagies* répétées et profuses, quoiqu'il puisse se faire que la menstruation reste absolument normale, comme dans le cas dont je viens de parler, de la malade qui ne voulut pas se soumettre au traitement. Les autres signes qui aideront le diagnostic différentiel sont les suivants: le polype reproduit rarement la forme et le volume caractéristiques d'un utérus inversé, lequel est généralement d'aspect globuleux; l'utérus en inversion est très sensible, tandis qu'un polype ne l'est pas du tout; en plus, en introduisant un cathéter dans la vessie et le doigt dans le rectum, on constatera facilement que l'utérus n'occupe pas sa position normale; toute tentative d'introduction de la sonde dans la cavité utérine échouera naturellement pour une inversion, tandis qu'elle sera des plus faciles lorsque nous aurons à faire à un polype.

Lorsque l'inversion n'est pas complète et que le doigt peut être passé dans le col autour de la masse en prolapsus, le

diagnostic sera facile. Lorsque l'inversion est complète, la difficulté sera alors très grande, mais, avec les signes différentiels que nous venons d'indiquer, on arrivera le plus souvent à faire un diagnostic exact. D'ailleurs, s'il reste de l'indécision, on pourra très bien faire un essai de réduction avec la tige en forme de cupule du calibre le plus petit; s'il s'agit d'une inversion, la réduction commencera de suite à se faire, tandis que dans le cas d'un polype il n'y aura aucun changement.

Traitement. — Autrefois il consistait à amputer l'organe déplacé, soit par l'écraseur soit par la ligature élastique et encore actuellement, malgré les beaux résultats fournis par la pression modérée et permanente, nous voyons encore mentionner des cas d'amputation.

Si l'inversion est récente, si elle n'est pas encore complète, la réduction sera très facile; mais, s'il s'est écoulé des années depuis l'accident, on devra tenter la réduction par une pression graduelle et continue et elle sera certainement couronnée de succès. D'après mes dernières expériences je suis d'avis qu'aucun cas d'inversion utérine, si ancien qu'il soit, ne résistera au traitement par la pression élastique continue bien appliquée.

La proposition de traiter l'inversion utérine chronique par la pression continue est très ancienne, car nous trouvons qu'elle est clairement indiquée dans le *Traité des maladies des femmes* de *Boivin et Dugès*, ainsi que la manière exacte de l'appliquer. « La pression de bas en haut ne pourrait-elle pas rendre aussi des services pour la réduction de l'inversion utérine? Un pessaire en forme de cupule pourrait être introduit dans ce but dans le vagin ». Sir *James Simpson* recommande aussi un procédé analogue, quoique je ne puisse trouver aucune observation clinique où il l'ait employé. *Tyler Smith* emploie avec succès un pessaire en forme de balle élastique, et j'ai aussi obtenu par ce moyen la réduction

d'une inversion utérine. Pendant ces 10 dernières années j'ai eu à soigner 13 cas d'inversion utérine et j'ai toujours réussi à les réduire, sauf dans deux cas. Dans l'un d'eux la malade ne voulut pas se soumettre au traitement indiqué, et dans le second j'amputai l'organe par erreur. Il était recouvert d'une masse de végétations en chou-fleur, végétations qui avaient été la cause de l'inversion, et le déplacement de l'organe ne fut pas reconnu à temps. La malade fit d'ailleurs une excellente guérison.

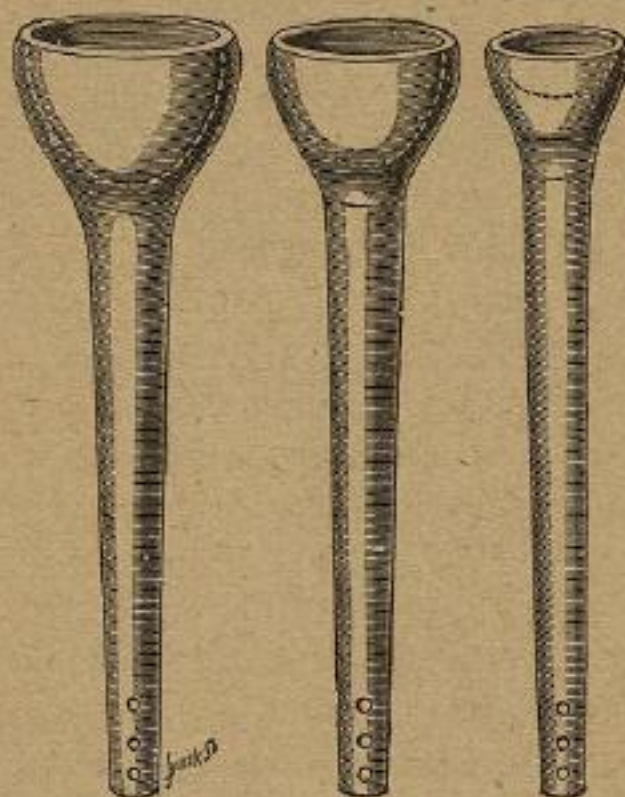


Fig. 18. — Tiges de Lawson-Tait pour la réduction de l'inversion utérine. (Moitié de grandeur naturelle.)

J'ai obtenu par la pression élastique continue un succès complet dans les onze cas pour lesquels je l'ai employée; mon appareil est extrêmement simple. Une ceinture est fixée autour de la malade, et elle pourvue de forts cordons élastiques comme pour la dilatation du col de l'utérus. La cupule la plus volumineuse est alors appliquée sur le fond de l'utérus inversé, et on donne juste assez de tension aux fils pour ne

pas causer de la douleur, car l'important est d'obtenir que la réduction se fasse très lentement. Les fils doivent être tendus de nouveau à intervalles de quatre à six heures, et on doit toujours examiner l'état des parties à ce moment. Dès que l'on trouvera que le bord de la cupule est recouvert par le col, on enlèvera cette tige et on devra la remplacer par le numéro 2. Après quelque temps le numéro 3 viendra à son tour remplacer le numéro 2, de sorte qu'en 24 ou 36 heu-

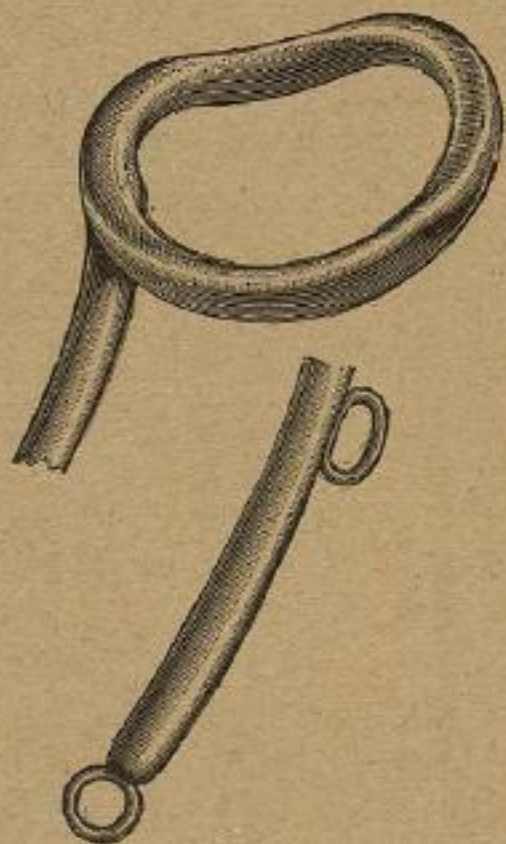


Fig. 40. — Anneau de Lawson-Tait pour la réduction de l'inversion utérine.

res la réduction est complète sans aucune complication, et le plus souvent sans beaucoup de désagréments.

Dans un seul de mes cas je ne pus obtenir de résultat avec l'aide des seules tiges à cupule. J'attribuai d'abord cette difficulté à leur manque de courbure, et par conséquent j'employai les tiges légèrement coudées, recommandées par le D^r Aveling; mais je ne réussis pas davantage. J'arrivai à la

conclusion que le canal péritonéal formé par l'inversion devait être fixé par des adhérences. J'eus d'abord l'intention de procéder à l'amputation de l'utérus, puis il me vint à l'idée que par une pression continue, exercée sur le col, j'arriverais peut-être à obtenir l'extension de ces brides. Je me procurai un anneau, tel que le représente la figure ci-contre, que je passai autour de l'utérus inversé et à l'aide duquel je pus exercer une pression élastique continue sur tout le bord du col. J'appliquai alors en même temps la tige en cupule sur le fond en employant deux ceintures et deux paires de fils élastiques et j'eus bientôt la satisfaction d'obtenir la réduction après environ 30 heures d'application des deux pressions simultanées. Actuellement je suis convaincu qu'aucun cas d'inversion utérine, non compliqué de tumeur, ne résistera à cette méthode thérapeutique lorsqu'elle est bien appliquée.

TROUBLES DE LA MENSTRUATION

En règle générale, la menstruation s'établit dans nos climats à l'âge de 14 ans, quoiqu'elle puisse apparaître plus tôt, ou bien être retardée de deux ou trois ans sans aucun inconvénient. Mais toute modification importante dans l'époque ordinaire de l'apparition des règles doit faire soupçonner que la maladie rentre dans l'une des deux grandes classes des affections utérines. Ainsi l'apparition *précoce* de la menstruation, suivie plus tard d'un écoulement trop fréquent et trop abondant nous indique clairement un état de congestion des organes, pouvant aboutir à l'ovarite chronique ou à l'endométrite. Au contraire, le retard, l'irrégularité de l'apparition des règles, et leur réduction en quantité doit de suite nous faire soupçonner une insuffisance de développement des organes sexuels.

Aménorrhée. — L'aménorrhée c'est-à-dire l'absence complète de toute menstruation pendant une époque prolongée