

Bibliothèque numérique

medic @

**Cusco, G.. - De l'antéflexion et de la
rétroflexion de l'utérus**

1853.

Paris : Imprimerie de L. Martinet

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1853x02x03](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1853x02x03)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE.

DE
L'ANTÉFLEXION
ET DE LA
RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

PAR

G. CUSCO,

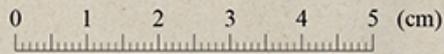
ANCIEN PROSECTEUR DE LA FACULTÉ, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.

PARIS.

IMPRIMERIE DE L. MARTINET,

RUE MIGNON, 2.

1853.



JUGES DU CONCOURS.

MM. JULES CLOQUET, *Président.*

GERDY.

LAUGIER.

MALGAIGNE.

NÉLATON.

GOSSELIN.

VOILLEMIER.

ADELON,

VELPEAU, } *Suppléants.*

AMETTE, *Secrétaire du concours.*

CANDIDATS POUR LA CHIRURGIE.

MM. BROCA.

CUSCO.

DEMARQUAY.

DESORMEAUX.

FOLLIN.

JAMAIN.

MOREL-LAVALLÉE.

ADOLPHE RICHARD.

CANDIDATS POUR LES ACCOUCHEMENTS.

MM. BLOT.

ALEXIS MOREAU.

PAJOT.

A

DE

L'ANTÉFLEXION

ET DE LA

RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS.

L'utérus peut présenter dans sa conformation générale certaines altérations par suite desquelles l'une de ses faces se trouve pliée angulairement, de manière à présenter un sinus ouvert en avant ou en arrière. Ces déformations ont reçu, suivant le sens dans lequel elles se sont effectuées, la dénomination d'ANTÉFLEXION ou de RÉTROFLEXION. Elles peuvent, mais plus rarement, se présenter latéralement ou avoir un caractère mixte. On les réunit toutes sous le titre d'INFLEXIONS.

Quelle est la nature de ces altérations? Sont-ce des maladies, des anomalies ou de simples difformités? On s'est efforcé de les rattacher aux autres déviations de l'utérus, sous le titre générique de déplacements. Mais si les inflexions supposent une altération dans la forme de l'organe, elles n'impliquent en aucune manière un changement dans sa situation ou sa direction. La déviation suppose, au contraire, un changement dans la po-

sition et la direction de l'utérus et n'implique nullement une altération dans sa forme ; en outre, et ce caractère est bien plus essentiel, les inflexions sont toujours le résultat et l'indice d'une altération, d'une modification particulière du tissu de l'utérus. En effet, chez l'adulte, et à l'état normal, l'utérus est droit, ou du moins très légèrement convexe en arrière, et sa rigidité naturelle ne lui permet pas de se laisser infléchir en tout sens, ni surtout de rester infléchi sans être altéré dans sa contexture. En supposant même que cette inflexion soit le résultat d'un vice de conformation congénitale, il faut bien admettre encore dans ce cas au moins une atrophie relative de l'organe du côté infléchi.

Pour me conformer au titre qui m'est imposé, je n'ai donc pas à séparer ce qui est naturellement uni, à scinder une question plus générale. J'essaierai de démontrer, au contraire, que l'on a établi et qu'on laisse encore régner une confusion fâcheuse entre les déplacements généraux ou partiels de l'utérus et entre les inflexions de cet organe. J'ai pour but de faire voir que ces altérations forment un groupe particulier, constituent une affection à part. En un mot, les inflexions et les déviations de l'utérus sont aussi différentes les unes des autres, que les courbures anormales des os, par l'effet du rachitisme ou de l'ostéomalacie, diffèrent de leurs déplacements ou luxations.

Quant à l'antéflexion et à la rétroflexion, considérées en elles-mêmes, elles ont, à part le sens de l'incurvation, une physionomie générale qui est à peu près la même. Leurs caractères différentiels sont beaucoup

moins nombreux et beaucoup moins importants que ceux qui leur sont communs.

Soit qu'on les considère au point de vue étiologique, soit qu'on envisage les symptômes, leur histoire est la même, il n'y a que des nuances qui les séparent. Enfin les questions pratiques qu'elles soulèvent, et jusqu'aux procédés chirurgicaux qui peuvent leur être applicables, sont semblables ou peu différents. Je crois donc rester dans l'esprit du sujet en même temps qu'éviter des répétitions inutiles, en réunissant dans une description commune l'antéflexion et la rétroflexion, me réservant d'indiquer, lorsqu'il y aura lieu, ce qui est spécial à l'une ou à l'autre de ces affections.

Il est difficile de déterminer l'époque précise où l'on commença à distinguer les inflexions de l'utérus, des déviations de cet organe. Ce qu'il y a de certain, c'est que la connaissance des déplacements de la matrice remonte aux premiers âges de la médecine. On sait tout ce qu'Hippocrate a écrit sur ce sujet; ses paroles ont été commentées par maint auteur. Je ne m'attacherai pas à démontrer comment certains passages pourraient s'appliquer tout aussi bien, mieux même, à des inflexions du col de l'utérus sur le corps, qu'à des versions proprement dites (1). Aétius ne doit être cité que parce que le procédé de réduction qu'il indique dans les cas de rétroversion est encore appliqué aujour-

(1) « Id autem contingit, si uterorum os conclusum, aut obtortum fuerit, etc. » *De morb. mulier.*

d'hui, soit pour réduire, soit pour maintenir réduit l'utérus rétrofléchi (1).

Il faut franchir une longue série de siècles avant de retrouver quelque chose à ajouter aux préceptes du père de la médecine. La pratique des accouchements, abandonnée dans le principe aux matrones, et reprise par quelques chirurgiens habiles, reposa, dès le XVIII^e siècle, sur des notions plus précises et plus étendues.

Walter-Wall, qui avait puisé dans les leçons de Grégoire de Paris la connaissance des symptômes de la rétroversion pendant la grossesse, en observa, à son retour en Angleterre, en 1754, un cas qu'il fit connaître à William Hunter. A partir de ce moment, celui-ci, s'appropriant pour ainsi dire ce sujet, se livra à des recherches multipliées, qui provoquèrent, de la part de Linn, Hooper, Bird, Garthshore, etc., des communications nombreuses qu'il publia et commenta dans *Medical observations and inquiries*. Une observation, due à Garthshore (2), paraît se rapporter à une rétroflexion pendant la grossesse. Cependant, en lisant attentivement le texte, il m'a semblé qu'il s'agissait plutôt d'une rétroversion peu prononcée. Voici la traduction d'un passage de l'observation : « On sentait une tumeur circonscrite entre le vagin et le rectum. Le museau de tanche n'était pas dirigé en haut, mais tourné vers le pubis et pouvait être facilement senti vers le milieu du bassin environ. » W. Hunter, à l'occasion de ce fait, éta-

(1) *Tetrabiblos*, ch. LXXVII.

(2) *Medical obs. and inquiries*. 1777.

blit trois degrés dans la rétroversion : 1° rétroversion complète (*full retroversion*) : 2° rétroversion partielle ou demi-rétroversion (*partially or half-retroversion*) ; 3° degré moins prononcé, se rapprochant de la procidence de l'utérus.

Dix ans après, Frédérick Jahn a reproduit dans sa dissertation (1) cette division de Hunter, mais il a un peu modifié le sens de ses paroles en les traduisant. Voici comment il indique les deux premiers degrés, d'après Hunter : « *Primus ei gradus est, ubi plene atque omnino retrovertitur uteri fundus; alter, ubi dimidia tantum pars reflectitur...* »

Le premier ouvrage, qui paraît traiter positivement de l'inflexion de l'utérus, est un petit mémoire de Saxtorph publié en 1775 (2). Son titre est : *De Ischuria ex utero retroflexo, auctore Matthia. Saxtorph.* Une observation avec autopsie y est consignée; mais il est facile de voir qu'il y a confusion de langage, et qu'il s'agit encore d'une simple rétroversion : « *Examinando vero partes pelvi contentas, inveni fundum uteri in posteriore pelvis parte retroflexum; tumorem in vagina repertum formasse; orificium autem alte supra pubem reperi.* »

J'arrive à Wltczek (Ignatius) : *De utero retroflexo morbo gravidis perniciosissimo*, et cette fois le titre de l'ouvrage est d'accord avec le sujet; j'y trouve l'observation la plus complète d'une rétroflexion utérine pendant la grossesse; comme ce fait, d'ailleurs très

(1) *De utero retroverso. Iena, 1787.*

(2) *Societatis medicæ hawniensis collectanea, t. II. 1775.*

rare, est le premier qui ait été publié, je le rapporterai dans toute son étendue.

Une femme de vingt-sept ans éprouva, au milieu du troisième mois de sa grossesse, une difficulté d'uriner et d'aller à la selle, qui augmenta progressivement. Au commencement du quatrième mois, elle ressentit par intervalles des douleurs dans les lombes, les hanches et le bassin. Au toucher, la sage-femme trouva l'orifice utérin très élevé, et, à la partie postérieure du vagin, une tumeur dure qu'elle prit pour un amas de matières fécales. La malade ne pouvait plus aller à la selle sans lavements, et encore n'était-ce qu'avec peine que le liquide pouvait pénétrer, tant l'intestin était resserré. L'urine s'écoulait souvent goutte à goutte et avec douleur. Le ventre était très dur et développé comme il l'est à peine ordinairement au septième mois de la grossesse : à la fin du quatrième mois, elle éprouva des souffrances si aiguës, qu'on crut qu'elle allait avorter. On se livra en conséquence à des manœuvres de dilatation sur les parties génitales. La fièvre inflammatoire ne tarda pas à se développer, et la malade succomba.

Voici ce qu'on constata à l'autopsie : le périnée était dur, gonflé, uniformément saillant ; le vagin était presque entièrement fermé par une tumeur située en arrière ; l'orifice utérin était très élevé, et à peine accessible au doigt ; à l'ouverture du ventre, on trouva la vessie énormément développée et remontant jusqu'à l'ombilic, enflammée, ulcérée, ainsi que les intestins ; le corps de l'utérus était infléchi au voisinage de son col, courbé en arrière et en bas entre le rectum et le vagin, et abaissé presque jusqu'au périnée ; le col, courbé sous un angle très aigu d'avant en arrière, était très allongé ; la tête du fœtus était tournée vers le périnée ; le placenta s'implantait au fond de l'utérus (1).

Jahn classe ce fait dans la seconde forme de la rétroversion établie par Hunter, et il en rapproche plusieurs observations publiées postérieurement par Rogert (2), Willich (3), Schæffer (4) et autres ; mais j'ai vérifié

(1) Ygn. Wltczek, *Dissertatio de utero retroflexo*. Bohem. Prague, 1777.

(2) Acta, *Societat medic.* Hevn, 1779.

(3) Richter, *Chirurg. Bibl.*, t. V, 1779.

(4) Baldinger, *Neue magazin*, 1784.

tous ces faits, et j'ai constaté qu'ils se rapportent tous à des rétroversions avec enclavement à des degrés divers.

M. le professeur Paul Dubois attribue à Wauters l'observation d'un fait semblable à celui de Wltczek; ce fait remonte à 1781. Vers cette époque, Chopart, à son retour d'Angleterre, où il s'était lié avec W. Hunter, fit connaître à l'Académie de Chirurgie les progrès qu'avait faits une question dont la première notion était venue de la France trente ans auparavant. En 1785, Desgranges, de Lyon (1), dans un mémoire qui fut couronné par l'Académie, rassembla et réunit en un corps de doctrine les nombreux exemples d'antéversion et de rétroversion publiés en différents pays.

Dans Baudelocque (2), on trouve nettement indiqués les signes de l'antéflexion et de la rétroflexion pendant la première période de la grossesse, de même que cette variété de l'obliquité de la matrice où le col est dirigé du même côté que le fond de l'organe, fait que Levret avait déjà annoncé avant lui.

Jusqu'à présent il n'est fait mention des inflexions de l'utérus que pendant la grossesse. Denman (3) est le premier qui traite de la rétroflexion de la matrice à l'état de vacuité; il en a vu un seul cas, survenu à la suite de l'accouchement, et qu'il attribue à la rétention de l'urine dans la vessie.

Il ne restait plus qu'à faire connaître la flexion anté-

(1) *Rec. périod. de la Société de méd. de Paris*, t. LVI, p. 85.

(2) *Art des accouchements*, 2^e édit., t. I, 1789.

(3) *Prat. des accouchements*, trad. de Kluyskens. Gand, 1802.

rieure de l'utérus sur lui-même à l'état de vacuité et à lui donner un nom. Car si le mot de *rétroflexion* était trouvé depuis longtemps, celui d'*antéflexion* ne l'était pas encore. C'est le docteur Ameline qui combla cette lacune en publiant, dans sa thèse inaugurale (1827), un fait remarquable d'antéflexion congénitale qui lui avait été communiqué par madame Boivin.

Voilà donc, après 50 ans d'observation, notre sujet nettement établi; il était permis de croire qu'il ne tarderait pas à être élucidé sur tous ses points. Cependant, malgré les assertions de M. Velpeau qui affirma que les inflexions de l'utérus comptent parmi les maladies les plus fréquentes de cet organe, malgré les leçons dans lesquelles ce professeur en décrivit minutieusement les symptômes et le diagnostic, les discussions académiques de 1849 montrèrent que ces idées étaient loin d'être généralement admises, tant est grande sur les esprits l'influence de certaines doctrines, même quand elles sont sur le point de s'écrouler. Il s'est passé, à la fin de cette période, un fait assez semblable à celui qui l'a commencée. Il y a une quinzaine d'années, M. Velpeau imagina le cathétérisme et le redresseur intra-utérins. Cette idée, doublement féconde, au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, n'a point eu de succès ici; mais passée entre les mains de Kiwisch, entre celles de Simpson, elle se mûrit, prit un corps, et revint dix ans après, étayée de noms puissants, de faits nombreux, se soumettre à notre jugement. Remercions MM. Huguier et Valleix de ne pas l'avoir laissé tomber encore une fois, et de nous avoir fourni les moyens d'en apprécier la valeur par nous-mêmes.

Je signalerai, en dernier lieu, la thèse de M. Aubert (1), les articles de Rigby (2), Ashwell (3), Beattie (4), Bell (5), Schmit (6), S. Lée (7), la dissertation de Sommer (8), celles des docteurs Dufraigne (9), et Piachaud (10), qui m'ont fourni des documents précieux; enfin les recherches si intéressantes de MM. Bouillard et Verneuil (11), qui jettent un jour nouveau sur l'étiologie des inflexions utérines, et que nous mettrons largement à profit.

L'étiologie des inflexions utérines est le point capital de cette question, mais c'en est en même temps le côté le plus obscur et le plus embrouillé. A travers le dédale d'opinions et de contradictions que ce sujet avait soulevées, il n'y a qu'un fait qui me semble incontestable, c'est l'existence d'une modification particulière de l'utérus, préexistant à ses déformations. Voici comment s'exprime M. Nélaton à ce sujet :

« Une disposition spéciale, *congénitale* ou *acquise*, *physiologique* ou *pathologique*, est la condition première, je n'ose pas dire indispensable, de ces déformations de

- (1) *Dissert. inaug.*, 1846.
- (2) *Medical Times*.
- (3) *Diseases of women*.
- (4) *Dublin Journal*, 1847.
- (5) *Monthly Journal*.
- (6) *British Record*.
- (7) *London medical Gazette*, 1848.
- (8) *Beitrag. zur lehre der infractionen, und flexionen der Gebärmutter. Giessen. 1850.*
- (9) *Thèse inaugurale*, 1851.
- (10) *Id.*, 1852.
- (11) *Id.*, 1853.

l'utérus dont l'étiologie reste encore entourée de beaucoup d'obscurité (1). »

Suivant en quelque sorte l'ordre tracé par ce professeur, nous diviserons les inflexions de l'utérus en congénitales et accidentelles. Pour les premières, il y aura lieu de rechercher, dans l'histoire du développement de l'utérus, si elles préexistent réellement à la naissance, ou si le plus ordinairement elles ne surviennent pas à une autre époque de l'évolution de l'appareil génital. Quant aux inflexions accidentelles, nous établirons qu'elles surviennent au moment de modifications physiologiques de l'utérus, telles que la menstruation, la grossesse, etc., qu'alors il s'y joint toujours une cause efficiente; que, dans d'autres cas, elles sont la conséquence d'altérations pathologiques, et peuvent alors se produire spontanément.

Mais cette division n'est plus applicable à l'étude des symptômes, car il arrive ici ce qu'on retrouve dans l'histoire de la plupart des autres difformités; tantôt la cause a disparu, laissant la difformité seule à l'état de simplicité; tantôt cette cause persiste et se combine à des degrés divers avec la déformation; tantôt enfin, la cause ayant disparu, l'inflexion a donné naissance à d'autres complications.

Donc, sous le rapport des symptômes, les inflexions de l'utérus sont ou *simples*, ou *compliquées*. Cette division est également préférable pour le traitement.

On admet assez généralement aujourd'hui, quoique sans preuves bien directes, et plutôt par analogie

(1) De l'influence de la position dans les maladies chirurgicales.

avec certains autres vices de conformation, que les inflexions de l'utérus peuvent avoir une origine congénitale : mais on n'a pas fait assez attention à cette particularité, que l'appareil de la génération a un mode de développement fort différent de celui des autres appareils organiques. Il présente bien comme ceux-ci, à son origine, une série de transformations successives et rapides, qui élèvent graduellement l'embryon à un caractère d'animalité supérieure ; mais bientôt il s'arrête, à peine ébauché. Tandis que les grands appareils fonctionnels, parvenus à leur évolution dernière, n'ont plus qu'à subir un accroissement nutritif régulier, l'ensemble des organes génitaux conserve depuis la naissance presque jusqu'à l'entier développement de la femme un caractère rudimentaire ; puis il se transforme tout d'un coup et son développement se fait alors avec une telle rapidité, que souvent cette évolution physiologique constitue pour la jeune fille un état presque pathologique. Enfin, chez la femme, l'utérus arrive par le fait de la gestation au terme de son développement.

Il n'est donc pas sans intérêt, pour notre question, de prendre à son origine et d'étudier avec quelque soin le développement des organes génitaux ou tout au moins celui de l'utérus, afin de voir jusqu'à quel point on peut admettre l'existence d'anomalies de forme congénitale dans ce viscère, qui peut-être, suivant une expression vulgaire, non dépourvue de justesse, n'est *formé* qu'après l'établissement de la puberté.

Le premier indice de l'appareil génital chez l'embryon consiste, comme l'ont montré les belles recher-

ches de Coste (1), celles de Bischoff (2) et les travaux plus récents de mon compétiteur et ami, M. le docteur Follin (3), dans l'apparition d'un petit conduit ou canal de chaque côté du bord externe des corps de Wolf. Ces conduits sont l'origine des canaux déférents ou des trompes. Ils descendent entre la vessie et l'intestin, et, adossés l'un à l'autre, vont s'ouvrir presque en un même point, au dessous d'un léger rétrécissement qui indique l'origine du canal de l'urètre.

La première transformation consiste dans la fusion de ces conduits en un seul, dans une certaine étendue et de bas en haut, par élévation successive de l'éperon qui les sépare. Il en résulte une cavité commune et unique qui représente le vagin et la matrice, et qui suffit à caractériser le sexe de l'embryon.

Bientôt une nouvelle modification donne à l'embryon femelle un caractère de plus, celui de la viviparité; c'est la formation d'un *col utérin*. Ce rétrécissement apparaît d'abord comme une saillie à peine sensible dans le vagin; mais cette saillie augmente peu à peu et considérablement, de manière à devenir, dans les derniers temps de la vie embryonnaire, beaucoup plus volumineux, proportion gardée, qu'à toute autre époque de la vie (Bischoff).

Le développement de l'utérus commence donc par son col; quant au corps, c'est à peine s'il est indiqué par un léger renflement au point de rencontre des trompes. Le col et le corps de l'utérus ont un mode

(1) *Annales fr. et étrang. d'anat. et de physiol.*, 1839, t. III, p. 329.

(2) *Développement de l'homme et des mammifères*. F. Jourdan, 369.

(3) *Thèse inaug.* Paris, 1850.

de développement entièrement différent, sur lequel on n'a pas assez insisté et dont on n'a pas suffisamment fait ressortir la signification.

La formation d'un col, ou rétrécissement dans l'oviducte, est le signe de la gestation de l'œuf. La longueur, les dimensions de ce col sont en rapport avec la durée de la gestation. Aussi, chez la femme, dont la gestation a relativement le plus de durée, ce col a-t-il des proportions supérieures à celles des autres vivipares. Le corps, qui n'a qu'un caractère secondaire, celui de l'uniparité, est à l'état rudimentaire encore à la naissance, et il conserve cette infériorité de développement jusqu'à la puberté.

Vers le milieu de la vie intra-utérine, le corps de l'utérus a tout au plus le sixième de la longueur totale de l'organe; à la naissance, il n'en a guère que le quart. Les dimensions relatives du corps et du col sur un enfant nouveau-né étaient : corps, 8 millimètres; col, 20 millimètres (Piachaud).

Quant au volume, il est encore plus disproportionné chez l'embryon; tandis que le corps est mince, comme membraneux, flottant pour ainsi dire sur le col, celui-ci est épais, et d'autant plus volumineux, qu'on l'examine plus inférieurement. A l'union de ces deux parties existe un étranglement très marqué sur les côtés et un amincissement très sensible aussi d'avant en arrière. M. Huguier, qui a fait des recherches nombreuses sur le développement embryonnaire des organes génitaux de la femme, a bien voulu me communiquer les dessins qu'il en a fait exécuter avec la plus rigoureuse exactitude. Il compare le col utérin à un cône allongé en pain de

sucre, au sommet duquel est inséré le corps flexible en tous sens.

L'épaisseur respective des parois est différente; à l'époque de la naissance, la postérieure m'a paru avoir près du double de l'autre dans toute l'étendue du col et du corps. Enfin la longueur de la face antérieure est un peu moindre que celle de la postérieure, à laquelle appartient le fond de l'utérus. Il résulte de l'inégalité de longueur une tendance à s'infléchir en avant, et une inflexion légère, mais réelle, qui se fait au niveau de l'étranglement ou rétrécissement dont nous avons parlé plus haut. Cette disposition est favorisée, en outre, par la brièveté du cul-de-sac ou repli péritonéal utéro-vésical, par la disposition des ligaments ronds, par la position de la matrice au-dessus du détroit supérieur du bassin, par la pression des viscères abdominaux.

Tous les faits relatifs à la configuration de l'utérus et à l'existence de sa flexion antérieure, dès les premiers temps, résultent des recherches intéressantes de M. Boullard, prosecteur à la Faculté, et ont été confirmés par les observations de M. Verneuil, de M. Follin et de M. Piachaud. Comment se fait-il qu'ils aient échappé jusqu'à présent à l'attention des anatomistes? C'est ce qu'il est difficile d'expliquer. Sur 80 fœtus de jeunes filles, M. Boullard a constaté cette conformation de l'utérus, qu'il a retrouvée également sur 27 femmes adultes.

J'ai pu moi-même constater cette disposition sur un bon nombre de pièces que M. Verneuil et M. Boullard ont mises à ma disposition; mais ce fait est-il toujours aussi caractérisé qu'ils l'affirment, convient-il de le gé-

néraliser à tous les âges, et faut-il en conclure avec eux que *chez le fœtus, la jeune fille et la femme qui n'a pas eu d'enfants*, il existe une *antéflexion constante*, normale, par conséquent, et qui ne disparaît que par le fait de la grossesse ? C'est ce que nous ne pensons pas ; nous croyons que M. Boullard a tiré de faits rigoureusement observés une déduction qui n'est pas l'expression de la vérité. Il me permettra, tout en le remerciant de l'empressement avec lequel il m'a fourni tous les éléments de cette question, d'interpréter les choses d'une manière différente de la sienne.

Reprenons d'abord le développement de l'utérus où nous l'avons laissé, c'est-à-dire à l'époque de la naissance. Tandis que l'accroissement de tous les organes se fait régulièrement et se poursuit jusqu'à un entier développement, l'appareil génital reste dans une stagnation prolongée. Dans cette longue période de douze à seize ans, où le corps parvient à près de vingt fois son poids primitif, l'accroissement de l'utérus est si peu considérable, qu'il acquiert à peine le double de ses dimensions, et qu'il semble, chez beaucoup de sujets, conserver absolument les mêmes. Selon Rœderer, la matrice, longue de 13 à 14 lignes chez le nouveau-né, n'a que 18 lignes chez l'enfant de dix ans. Cependant les rapports de longueur du col et du corps se modifient légèrement, celui-ci empiétant toujours sur le premier.

Parmi les anomalies que peut présenter l'utérus, il en est une qui est remarquable, parce qu'elle n'est pour ainsi dire que la reproduction chez l'adulte de la disposition normale pendant la vie intra-utérine et à l'époque de la naissance. Dans cette anomalie, dont un

C.

3

exemple a été cité par Lauth (1), le col de l'utérus est bien conformé, mais le corps manque en totalité, et les trompes viennent aboutir presque immédiatement au col; elles n'en sont séparées que par une petite cavité à parois minces, membraneuses; cette disposition me semble ne devoir mettre obstacle ni à la conception ni à la gestation; mais elle en serait un grand à la parturition, en raison du rôle que joue l'utérus dans cet acte.

A l'époque de la puberté, il s'établit un antagonisme inverse: la nutrition s'arrête ou se ralentit dans tous les organes. L'appareil génital prend, au contraire, un accroissement subit. Cette phase du développement de l'utérus est celle qui mérite le plus notre attention au point de vue qui nous occupe; car c'est principalement, ou pour mieux dire exclusivement, sur le corps de l'organe que se fait cet accroissement. En peu de temps, le corps égale la longueur du col, et l'étranglement latéral, qui siégeait si haut d'abord, divise maintenant l'organe en deux parties égales, après avoir passé par tous les degrés intermédiaires. L'accroissement porte surtout sur les parois de l'utérus; jusqu'alors assez peu résistantes, elles prennent une épaisseur et une densité considérables. Enfin, et ce point est capital, si le développement est régulier, ces parois s'équilibrent, l'utérus se redresse, sa concavité antérieure disparaît, et il ne reste plus qu'une légère dépression correspondant à la vessie.

Voici quelques dimensions prises sur deux utérus de vierges nubiles (2):

(1) Répertoire d'anatomie pathologique, t. V.

(2) Forget, Thèse inaugurale, 1849.

17 ans. —	Longueur totale de l'utérus.	65 millim.
	Longueur du col.	35
21 ans. —	Longueur totale.	70 millim.
	Longueur du col.	35

D'après M. le professeur Paul Dubois (1), voici les différentes proportions de l'organe :

Longueur totale.	65 à 70 millim.
Longueur du col.	35 à 37

Diamètres transverses :

Corps, largeur maximum.	44 à 48 millim.
Col, <i>id.</i>	23 à 25
Étranglement supérieur.	18 à 20
Partie inférieure	15 à 18

Diamètres antéro-postérieurs :

Corps	17 à 18 millim.
Col, partie moyenne.	15
Au niveau du rétrécissement.	12 ou 13
Épaisseur des parois, fond	8
paroi antérieure.	6
paroi postérieure.	6
Profondeur de la cavité.	54 (2).

M. Boullard n'a pas tenu compte de cette période du développement de l'utérus; période qui, pour le corps, est celle de sa véritable évolution, en sorte qu'ayant vu sur la jeune fille l'utérus infléchi et le retrouvant

(1) *Traité d'accouchement.*

(2) Dimensions de l'utérus chez la femme multipare, d'après M. le professeur P. Dubois : Longueur totale 75 mill. Corps 45 à 48. Col 30 à 27. Diamètre antéro-postérieur du corps 25; du col, 19; du rétréc. 17.

de même chez des femmes nullipares, il en conclut qu'il n'a manqué à celles-ci que la grossesse pour faire disparaître la flexion.

Répetons-le, entre l'enfance et l'époque de la grossesse, il y a celle de la puberté qui fait subir à l'utérus ses plus grands changements. A ce moment, l'inflexion normale disparaît; à ce moment aussi souvent les inflexions anormales se produisent. Si les femmes adultes ont l'utérus infléchi, dit M. Boullard, c'est qu'elles n'ont pas eu d'enfant; mais il aurait dû voir que si elles n'ont pas enfanté, c'est qu'elles avaient une inflexion anormale de l'utérus. Les observations de M. Boullard sur l'adulte n'auraient toute la valeur qu'il leur attribue que si elles avaient porté exclusivement sur des filles incontestablement vierges.

Chez la jeune fille, il peut se joindre à l'inflexion normale un certain degré de plus qui donne à cette inflexion une rigidité et une résistance particulières, et qui est déjà le produit d'un développement irrégulier. M. Giraldès et M. Velpeau ont constaté l'existence de cette difformité. Je crois que ces difformités légères et congénitales doivent le plus souvent être effacées par la grande évolution de la puberté; que si elles persistent et s'aggravent, ce seront des flexions congénitales; mais celles qu'on retrouvera plus tard chez la femme adulte, pourront bien n'avoir pas une origine aussi ancienne et s'être produites seulement à l'époque de la puberté.

Ceci n'est pas une simple hypothèse, mais est appuyé sur les faits. Dans la supposition de M. Boullard, il ne pourrait se rencontrer chez l'adulte, en fait de flexions

congénitales, que des antéflexions; or on rencontre assez souvent des flexions opposées.

Pour se rendre compte du mécanisme de ces déformations, nous admettons, avec Dugès et Boivin, qu'elles résultent du développement plus complet d'une paroi que de l'autre; ou pour mieux dire, de l'hypertrophie ou de l'atrophie relative d'une des faces de l'utérus. L'anatomie pathologique nous donnera la preuve de cette explication, qui est applicable dans certains cas aux inflexions accidentelles, ainsi que je le montrerai plus loin.

Résumons en quelques propositions les phases les plus saillantes du développement des organes génitaux en faisant ressortir leur signification fonctionnelle; résumons de même les considérations sur leur forme, d'où peuvent ressortir des applications à notre sujet.

Développement. — 1° Apparition des canaux déférents ou trompes; corrélation fonctionnelle, oviparité.

2° Fusion des trompes inférieurement, en un seul canal; séparation des sexes.

3° Formation d'un col ou rétrécissement; gestation, viviparité.

4° Développement exagéré du col; durée prolongée de la gestation chez la femme.

5° Développement du corps de l'utérus à la puberté; uniparité.

6° Absorption graduelle du col aux dépens du corps, et disparition du col; parturition.

7° Atrophie sénile; tendance à l'effacement total du col; disparition du caractère primordial.

Configuration. — 1° Utérus membraneux chez l'em-

bryon, uni par un pédicule étroit à un col volumineux et résistant, sur lequel il peut s'infléchir dans tous les sens.

2° Chez le fœtus, la jeune fille, flexion antérieure normale due à un léger excès de la paroi postérieure en étendue et en épaisseur ; favorisée par le rétrécissement du col et quelques autres dispositions en dehors de l'organe.

3° Redressement du corps sur le col par le développement régulier de ses parois à l'époque de la puberté.

4° Formation de flexions anormales, antéflexion, rétroflexion ou flexions mixtes, le plus souvent à la puberté, par le fait d'une irrégularité de développement.

En dehors des déviations essentielles dont nous venons d'exposer le mécanisme, l'utérus n'est susceptible de s'infléchir accidentellement, par la seule action de causes mécaniques, que s'il présente dans son tissu une modification qui le prédispose à cette déformation. M. le professeur Velpeau a exposé, dans ses leçons, comment l'utérus, dans des efforts violents, est sollicité à se plier sur lui-même, par une pression de haut en bas, entre le plancher périméal, qui résiste, et les viscères abdominaux, joints à l'action musculaire, qui agissent comme puissance. Si le col a conservé sa mobilité, l'utérus se dévie en totalité ; si, au contraire, le col se trouve fortement fixé, c'est une inflexion qui se produit (1).

(1) *Leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, rédigées par M. Pajot, 1845, Gazette des hôpitaux.*

Cette théorie, ce mécanisme ne sont applicables à l'utérus qu'autant qu'on le suppose modifié, ramolli préalablement.

Certaines conditions physiologiques diminuent la consistance, et changent le volume de la matrice : telles sont l'époque menstruelle, la grossesse, les suites naturelles de l'accouchement ou d'un avortement. Dans ces circonstances, qui ne sont cependant pas suffisantes pour produire à elles seules une inflexion, une cause accidentelle peut y donner lieu. A l'époque menstruelle, ou immédiatement après, une secousse violente, une chute, peuvent provoquer cet accident. On trouve dans la thèse de M. Piachaud un exemple de rétroflexion due à ces causes réunies. Après l'accouchement, la rétroflexion survient très fréquemment chez les femmes qui veulent se lever et marcher trop tôt. En voici un fait emprunté à la pratique de Bell.

Le 11 septembre 1846, madame S..., âgée de trente-deux ans, grande, sujette à des accidents hystériques; bien réglée, mais se plaignant d'un écoulement leucorrhéique épais et de douleurs vagues par tout le corps.

A l'examen de la cavité vaginale, on trouva l'orifice de l'utérus presque dans sa position normale; mais le fond était placé entre lui et le rectum sous forme d'une grosse tumeur. Au point de réunion du col et du corps de cet organe, le doigt rencontrait aisément un angle résultant de la flexion. L'orifice utérin était dur, et le spéculum faisait découvrir plusieurs ulcérations superficielles et fissurées au pourtour. Six ans auparavant, elle avait eu son dernier enfant. Deux jours après sa naissance, l'enfant fut saisi de convulsions, ce qui obligea la mère à se lever fréquemment de son lit; elle fut prise alors de ce qu'on appela inflammation; depuis ce moment, elle n'alla jamais bien, mais devint de plus en plus nerveuse, dyspeptique, et se plaignit de plus en plus de douleurs dans le bassin; elle fut soumise pendant quelque temps au traitement tonique pour sa

faiblesse, mais sans avantage : on lui ordonna de garder le lit et de prendre des pilules mercurielles.

Les pilules durent être suspendues le 18, à cause de la diarrhée, puis furent reprises le 20 et continuées jusqu'au 20 novembre, époque à laquelle on constata les résultats suivants : Amélioration générale ; utérus beaucoup diminué de volume et facilement mobile dans toutes les directions. Elle fut placée sur ses genoux et ses coudes ; une grosse sonde rectale terminée par un morceau d'éponge et graissée d'huile, fut poussée dans le rectum, les doigts de la main droite étant en même temps introduits dans le vagin. En pressant l'orifice de l'utérus en arrière avec les doigts, et le fond de l'utérus fortement en haut avec la sonde, l'organe reprit avec quelque difficulté sa position normale. Un morceau d'éponge fut introduit dans la partie postérieure du vagin et enlevé au bout de deux semaines. Aucune rechute n'a eu lieu, et la malade jouit maintenant de la meilleure santé.

L'avortement expose souvent les femmes à être atteintes d'une inflexion utérine, parce que cet accident n'a souvent que des suites très légères, et que les malades sont disposées à reprendre leurs occupations trop tôt. Voici le fait d'une rétroflexion survenue presque subitement après une marche et une danse prolongées, quelques jours après une fausse couche.

Décembre 1845, madame R..., âgée de vingt-quatre ans, mariée et a un enfant. Elle fit une fausse couche environ quinze jours avant que je la visse. Cet accident n'eut pas de suite, et elle fut bientôt assez forte pour se lever. Aimant la danse, elle s'y livra beaucoup ; et vers la fin de la soirée, elle sentit une sensation de pesanteur dans le bassin, suivie d'une douleur aiguë et d'un évanouissement. On m'envoya chercher trois jours après ; je la trouvai hystérique et se plaignant d'une grande douleur dans l'estomac, plus spécialement dans les aines et dans les reins. Elle me dit que depuis l'accident, elle ressentait des douleurs dans la matrice ; que la douleur retentissait principalement dans les reins tout à fait en bas ; elle avait une grande difficulté à aller à la garde-robe et un écoulement. A l'examen, je trouvai que le vagin était brûlant, que le col dirigé

en avant était abaissé vers la vulve ; ses lèvres étaient gonflées et engorgées, molles, et douloureuses à la pression ; le col était élargi, et immédiatement derrière lui était une tumeur dure et douloureuse placée entre le vagin et le rectum. La sonde utérine étant introduite avec précaution, on sentit son extrémité dans la tumeur. Je déplaçai alors le fond, et la tumeur avait disparu de la cavité du bassin ; la douleur cessa immédiatement dans cette position ; le col regardait en arrière. La dureté et l'engorgement du col diminuèrent graduellement et promptement, de sorte qu'avant d'avoir fini mon examen, il était à peu près réduit à son volume naturel. Deux heures après que la matrice eut été replacée, j'examinaï encore, et je trouvai que le col et les lèvres avaient perdu leur caractère engorgé. L'utérus garda sa position naturelle pendant un jour ; le fond, devenant encore rétrofléchi, fut replacé avec un même résultat.

Le 6 janvier 1846, j'introduisis le support. J'éprouvai une grande difficulté à passer l'instrument à travers l'orifice interne du canal du col, par suite de sa constriction ; je ne pus l'accomplir jusqu'à ce que j'eusse élargi l'ouverture par un dilateur (celui qui a été recommandé par le docteur Rigby). Le support passa alors dans toute son étendue jusqu'au fond, qui fut replacé et tenu dans sa position naturelle. L'instrument fut bien supporté par la malade sans douleur ni autre mauvais effet, jusqu'au cinquième jour, où il fut partiellement déplacé et obligé d'être retiré ; l'accident qui déplaça l'instrument arriva la veille au soir, après un violent accès hystérique dans lequel elle s'élança soudainement de son lit et tomba par terre. Le fond se remit alors dans sa position rétrofléchie, les douleurs revinrent, le pouls monta et la fièvre survint. Dans cet état elle fut vue par mon ami, le docteur Murfy, qui s'entendit avec moi pour se servir d'un traitement antiphlogistique. Des sangsues furent appliquées sur le col de l'utérus, et du calomel avec des purgatifs salins lui furent donnés, des bains chauds furent recommandés et employés avec avantage. Elle se remit bientôt de ces symptômes sérieux, mais ceux qui étaient moins graves continuèrent d'une manière chronique pendant février et mars. Dans le dernier mois sa santé se remit considérablement, mais elle eut encore les symptômes de la rétroflexion de l'utérus.

2 avril. L'absence d'aucun symptôme grave, le bon état général de la santé présente et le désir d'alléger les symptômes désagréables de la maladie, m'engagèrent encore à introduire le support utérin, heureusement avec un bon résultat. Cette introduction produisit peu de douleur, mais la réduction du corps en détermina quelques unes ; quelque temps après elle parut très contente de ce que ses anciennes douleurs l'avaient quittée ;

C.

4

elle continua de porter l'instrument sans douleur et put marcher sans gêne.

Le 16 mai, je le lui retirai entièrement, et elle partit; après un séjour d'un mois, elle revint en parfaite santé et capable de faire une longue course sans fatigue; l'utérus était revenu dans sa position naturelle.

En mars 1847, elle m'informa qu'elle était au cinquième mois d'une grossesse très heureuse. (S. Lee, *Med. Gaz.*)

Il n'est pas nécessaire d'énumérer toutes les causes accidentelles qui peuvent, après l'accouchement le plus heureux, donner lieu subitement à des accidents graves par le renversement de l'utérus sur son col.

Pendant la première période de la grossesse, la matrice, un peu ramollie à l'union du corps avec le col, et plus lourde, peut s'infléchir en avant ou en arrière, presser sur le rectum et sur la vessie, et produire les mêmes effets qu'un renversement total de l'organe. Le premier fait où se trouve signalée l'existence d'une inflexion utérine, a trait à un cas de ce genre; il est dû à Wltczek, et je l'ai rapporté dans l'historique. Ces cas sont rares; M. Velpeau en a cité deux (voyez *Gazette des hôpitaux*) dans ses leçons. La fatigue ou un effort peuvent suffire pour déterminer chez une femme enceinte une rétroflexion complète de l'utérus.

Madame Percy, âgée de vingt-cinq ans, demeurant rue de la Poulail-
lerie, n° 2, était affectée d'une descente de matrice depuis sa seconde
couche. Enceinte de trois mois, elle éprouva, après un exercice fatigant,
des douleurs dans le bassin et de la difficulté pour aller à la selle. Après
beaucoup d'efforts pour satisfaire à ces deux besoins, elle s'aperçut
qu'une tumeur, survenue presque subitement, occupait la partie supé-
rieure de la vulve et sortait par le vagin. Cette tumeur grossit et devint
douloureuse; des cuissous s'y faisaient sentir lorsque le peu d'urine qui
s'échappait par la vessie coulait sur elle; les selles étaient entièrement

supprimées. Cet état dura depuis cinq jours, lorsqu'on me fit appeler le 11 juillet 1850.

Instruit de ce qui avait précédé, j'examinai les parties souffrantes, et je reconnus que la tumeur extérieure était formée par le col engorgé et douloureux. Ayant essayé de le refouler dans le vagin, je fus étonné de la résistance qu'il m'opposa. Portant alors mon doigt dans ce conduit, je trouvai bientôt la cause qui retenait le museau de tanche à la partie supérieure de la vulve. La matrice était rétroversée, son fond était tourné du côté du rectum et du périnée; tandis que son col, placé en dehors de la vulve, était relevé, fixé au-dessous et en avant du pubis et recourbé sur lui-même en forme de bec d'aiguière. Je ne parvins à le faire rentrer dans le vagin qu'après avoir, à l'aide de deux doigts, soulevé le fond de l'utérus, manœuvre que j'exécutai avec assez de facilité. L'urine et les selles prirent bientôt leur cours ordinaire; des injections et des fomentations émollientes calmèrent l'irritation et l'inflammation des parties; et le repos dans le lit, que la malade garda pendant les six derniers mois de sa grossesse, dans une position horizontale, le bassin relevé par un coussin, prévirent un nouveau déplacement. (Martin, de Lyon.)

Un fait semblable emprunté à la pratique de M. Paul Dubois est rapporté dans la thèse de M. Lacroix.

En résumé, dans les modifications normales de volume, de consistance, de circulation, que présente l'utérus périodiquement, pendant la grossesse ou après l'accouchement, cet organe se suffit à lui-même, chez une femme bien portante, pour se soutenir et se réduire régulièrement à son volume ordinaire; mais il est très accessible à l'action de causes accidentelles.

Les conditions pathologiques qui peuvent modifier la consistance du tissu utérin et déterminer des inflexions, sont extrêmement variées. Kiwisch a surtout insisté sur un état d'atonie qui se traduit par des manifestations générales, chlorose, anémie, etc., et qui, portant

son action sur l'utérus, le relâche, et le dispose à s'infléchir. Il y a des cas qui correspondent à cette observation de Kiwisch ; c'est ainsi que l'on voit survenir spontanément, chez des femmes pâles, lymphatiques, des inflexions plus ou moins prononcées pendant la grossesse. Moyennant quelques précautions, ces déviations ne donnent pas lieu à de graves accidents et la grossesse peut continuer son cours en les faisant disparaître. J'ai vu, sur les registres de M. Huguier, deux cas d'antéflexion qui rentrent dans cette catégorie. En voici un qui s'y rattache également.

Une jeune femme de vingt-cinq ans, enceinte de deux mois et demi, dont la constitution est peut-être un peu lymphatique, a déjà été deux fois enceinte, mais une seule de ces deux grossesses a parcouru sa durée normale, et il y a quatre ans que le dernier accouchement s'est opéré.

Depuis cette époque, la jeune femme ne ressentit aucune incommodité locale ; toutefois, sur ma demande, elle s'est souvenue que, depuis assez longtemps, les rapports sexuels étaient quelquefois douloureux par suite des chocs qu'en recevait l'utérus. Il n'y a pourtant que peu de semaines que sa matrice lui semble manifestement plus basse qu'elle ne doit l'être ; mais aucune pression bien incommode n'en résulte sur le rectum ou la vessie. Ce qui lui a fait croire à sa grossesse était moins cet abaissement que la suppression des menstrues qui ont manqué deux fois de suite. Une leucorrhée existe depuis l'époque où elles auraient dû paraître.

Ce qui me frappa d'abord en portant le doigt dans le vagin, ce fut la direction du col de la matrice couché sur la face interne du coccyx, de façon à offrir en avant le museau de tanche, et dirigé conséquemment selon l'axe du détroit supérieur, ou, si l'on veut, de la vulve. Cette circonstance, jointe à un abaissement réel (on trouvait le museau de tanche à un pouce et demi de profondeur dans le vagin) me fit croire d'abord à un premier degré de prolapsus. Je fus détrompé par la découverte d'une tumeur arrondie, un peu plus volumineuse que ne doit l'être le fond de la matrice à l'état normal, un peu douloureuse à la pression et située entre la paroi antérieure du vagin et la vessie. En l'ex-

plorant avec attention, en suivant, comme le recommande madame Boivin, sa continuité avec le col, je m'assurai bientôt que c'était effectivement le corps de la matrice dirigé horizontalement en avant et courbé à angle droit sur le col; un sinus profond, mais recevant assez aisément l'extrémité du doigt, répondait en avant au point de la flexion. Celle-ci était due à une rétraction solide des tissus; car en poussant le corps de la matrice, on relevait aussi le col sans changer leurs rapports réciproques. Ce dernier n'était point engorgé, mais il avait plus de longueur que ne lui en suppose l'état normal; ses lèvres étaient saillantes, surtout l'antérieure; son orifice béant, échancré vers la commissure droite. La grossesse, douteuse alors, s'est manifestement prononcée quelques semaines après son examen. Dans une nouvelle exploration faite deux mois plus tard, j'ai trouvé le col bien plus élevé dans le vagin et moins oblique en avant; le corps était toujours incliné sur le col, et le pli encore assez profond entre eux, mais beaucoup moins toutefois. Il était impossible de toucher le corps de l'utérus malgré son volume, en portant le doigt derrière le museau de tanche. L'antéflexion a donc diminué de beaucoup, et il n'est pas douteux qu'elle ne s'efface complètement, à mesure que le col se raccourcira en s'élargissant. (Boivin et Dugès.)

Tout en restreignant à de justes proportions les assertions de Lisfranc, il faut reconnaître que la métrite est une cause extrêmement fréquente d'antéflexion ou de rétroflexion. Elle produit ces déviations de deux manières différentes: 1° En ramollissant le tissu utérin; 2° en se circonscrivant dans une portion de l'organe, et hypertrophiant en quelque sorte une paroi aux dépens de l'autre. La métrite simple, chronique, détermine le premier résultat, et l'on peut, dans bien des cas, acquérir la certitude que c'est par elle qu'ont débuté tous les accidents.

23 novembre 1846. Madame J..., âgée de vingt-huit ans, de petite stature, dit avoir souffert d'une maladie utérine depuis quatre ans. En examinant le vagin, nous trouvâmes l'utérus rétrofléchi, et beaucoup augmenté de volume, tellement qu'il pouvait à peine être déplacé dans

le vagin. La santé générale est mauvaise. Je lui ordonnai de garder constamment le repos au lit ou sur un sofa, de tenir le ventre libre, de prendre le mercure et quelques toniques végétaux. Les remèdes furent suivis d'une grande amélioration dans la santé générale, de diminution des douleurs et du volume de l'utérus. Au mois de janvier 1847, l'organe était aisément mobile dans le vagin, non douloureux, mais toujours rétrofléchi. Je voulais essayer de remettre le fond en place; mais la malade m'informa que l'époque menstruelle avait éprouvé un retard de quinze jours. La grossesse étant probable, aucune tentative ne fut faite. Elle accoucha d'une fille à terme. Je lui conseillai de garder le lit un mois entier après la délivrance. Il n'y eut pas de rechute.

(*Bell. monthly Journal.*)

Le plus souvent, la métrite se déclare, ainsi que M. Paul Dubois l'a établi, à la suite de l'accouchement, de l'avortement, ou vers l'époque menstruelle.

Dans ces circonstances, l'inflammation semble se greffer sur un tissu ramolli; il suffit qu'elle retarde dans un point le travail de résorption qui s'opère, pour donner lieu à la formation d'un engorgement partiel, dont le poids seul suffit à entraîner l'organe de son côté. La flexion, qui est en quelque sorte proportionnée à l'étendue de l'inflammation, en suit la marche et disparaît avec elle.

Au lieu d'avoir son point de départ dans la matrice, l'état phlegmasique peut s'être développé de prime abord dans les tissus péri-utérins, dans l'épaisseur des ligaments larges, dans les replis péritonéaux antérieur ou postérieur; à sa suite, des adhérences se sont produites et l'utérus se trouve non seulement infléchi, mais fixé dans sa position vicieuse par ces productions accidentelles. Mais il y a lieu de croire qu'il n'est pas seulement retenu mécaniquement dans sa courbure vicieuse, et que, dans l'origine, l'inflammation, s'étant

propagée à son tissu, a causé la déviation. Les adhérences se sont établies ensuite.

Enfin, des tumeurs fibreuses des parois utérines les déforment et donnent lieu à des inflexions secondaires.

Les tumeurs du bassin, lorsqu'elles ont acquis un volume considérable, refoulent quelquefois mécaniquement l'utérus, le déforment et l'atrophient. M. le professeur Velpeau parle d'une tumeur de ce genre ayant déterminé une rétroflexion. M. Huguier m'a fait voir le dessin d'une grossesse extra-utérine, qui, entre autres lésions, avait déterminé une incurvation antérieure du corps de la matrice.

Le fait suivant, emprunté à M. Piachaud, rentre dans cette catégorie.

Demaul (Hyacinthe), hôpital Bon-Secours, morte le 5 mars 1849,....
Autopsie. — Exagération notable du volume du foie, sans altération bien sensible de structure. Dans le petit bassin, et s'élevant au-dessus du détroit supérieur, surtout du côté gauche, on trouve une tumeur ovoïde, d'un volume de tête de fœtus à six mois; elle comprime l'urètre et l'ovaire du même côté; la vessie est un peu déjetée à droite et comprimée d'avant en arrière. L'utérus est bien distinct de la tumeur, mais il est tellement pressé par elle, qu'il nous offre une antéflexion très prononcée, la tumeur ne tient à l'utérus que par le péritoine qui les enveloppe tous les deux, car si on enlève cette couche péritonéale, on voit que la tumeur n'est plus adhérente à l'utérus que par des tractus cellulux peu résistants. A la coupe, la tumeur est constituée par un tissu blanc, un peu jaunâtre, criant sous le scalpel, sans suc, sans vascularités, ayant en un mot tous les caractères du tissu fibreux. L'utérus ne présente aucune augmentation de volume, mais il est replié sur lui-même de telle façon, que la face antérieure du corps vient s'appliquer presque exactement contre la face antérieure du col; le fond de l'utérus et l'orifice du museau de tanche se trouvent sur le même niveau.

Dans ces cas, il y a atrophie relative de la paroi fléchie sur elle-même par rapport à celle du côté opposé. Dans d'autres cas, une hypertrophie ou une atrophie absolue, mais partielle s'empare de l'organe, et peut déterminer à un âge avancé, des incurvations, comme en produit chez la jeune fille un développement inégalement réparti.

Il y a longtemps que M. Velpeau a signalé la fréquence des antéflexions et des rétroflexions de l'utérus, et montré l'erreur des praticiens qui les avaient prises souvent pour d'autres maladies (1). Simpson, en présentant en 1843 (2) sa sonde utérine, comme un moyen de diagnostic dans les affections de la matrice, dit qu'elle permet de reconnaître les flexions de cet organe trop souvent confondues avec des tumeurs de l'utérus ou du petit bassin, et d'en constater la fréquence. Quand M. Velpeau est venu renouveler ses opinions devant l'Académie (3), il a trouvé plus d'un incrédule, ou plutôt il a produit un certain étonnement, car il y avait peu de personnes qui eussent porté leurs recherches sur ce point. Cependant, peu de temps après, le docteur Deville (4) publia une note où il dit : « Après cette forme de métrite chronique caractérisée en particulier par du catarrhe utérin, la lésion la plus commune, et qui en est souvent la conséquence, qu'on observe dans l'utérus de la femme, c'est la déviation. Les déviations

(1) *Leçons orales*, 1841, t. III.

(2) *Monthly Journal*, 1843.

(3) *Bulletin de l'Acad.*, t. XV.

(4) *Revue médico-chirurgicale*, 1849, t. VI.

que j'ai vues sont des flexions et non des versions totales. »

Quant au sens dans lequel la flexion peut s'opérer, M. Deville ajoute : La rétroflexion m'a toujours paru rare, je n'ai pas pu encore en trouver un cas démontré par l'autopsie, mais j'en ai trouvé sur le vivant. L'antéflexion est presque la seule déviation qui se rencontre sur le cadavre et qui soit extrêmement fréquente sur le vivant (*loc. cit.*). Les praticiens sont loin d'être du même avis sur ce point : ainsi Simpson, Lee, M. Huguiet, considèrent tous la rétroflexion comme beaucoup plus commune que l'antéflexion ; B. Bell considère celle-ci comme le plus rare des déplacements auxquels l'utérus soit sujet. Kiwisch dit aussi que la rétroflexion acquise se produit plus souvent, et avec plus de développement, que l'antéflexion. M. Valleix, sans tenir compte de leurs variétés d'origine, a rapporté 14 cas d'antéflexion simple ou compliquée de version, et 23 de rétroflexion, dont 12 simples et 11 avec antéversion.

Ici, se représente incidemment la question des déviations congénitales. Kiwisch prétend que dans ces circonstances l'antéflexion est un peu plus commune que la rétroflexion. Dans le but de vérifier ce point, M. Boullard, ayant examiné un grand nombre de cadavres, arriva à ce résultat extraordinaire, que sur 107 utérus de fœtus de petites filles et de femmes adultes n'ayant pas eu d'enfants, il y avait 100 déviations, dont 98 antéflexions, et 2 rétroflexions.

Il se crut donc autorisé à admettre l'existence d'une antéflexion congénitale, infiniment plus fréquente que

la rétroflexion, et qui, loin d'être une anomalie, est une disposition normale persistant indéfiniment si la femme n'a pas d'enfants.

Mais l'auteur a dépassé son but ; la contemplation d'un fait anatomique vrai, qu'il a voulu seulement trop généraliser, l'a empêché de voir le fait pathologique qui lui est connexe, et derrière lequel, en quelque sorte, il se cache.

Je ne veux pas revenir sur ce j'ai dit à ce sujet, à l'occasion du développement de l'utérus ; j'ajouterai seulement que les inflexions que l'on rencontre à l'âge adulte se développent ordinairement vers la puberté, remontent rarement à l'enfance, plus rarement encore à l'époque de la naissance, et que, par conséquent, leur fréquence n'est aucunement en rapport avec la presque constance d'une flexion pendant le jeune âge.

Néanmoins les inflexions essentielles de la matrice paraissent se présenter plus fréquemment sur la face antérieure que sur la postérieure. Ce n'est pas que les faits de rétroflexion, dite congénitale, manquent ; il y en a deux cas rapportés par Boivin et Dugès ; M. Paul Dubois en a donné un exemple remarquable. M. Deville en cite un également ; Bell en a observé un cas chez une jeune fille vierge.

Il y en a encore un exemple dans la thèse de M. Pichaud. J'en publie plusieurs dans ce travail. Mais il n'y a pas la moindre difficulté à comprendre comment l'utérus, dont la paroi postérieure a une prédominance naturelle sur l'antérieure, peut, par une simple hypertrophie de cette paroi, s'infléchir en avant, tandis qu'il faut une irrégularité plus grande dans la nutrition,

pour faire porter cette hypertrophie relative sur la paroi antérieure.

Quant aux flexions accidentelles, suites de couches, ou consécutives à la métrite, il semble qu'il soit facile de résoudre la question. Tous ou presque tous les auteurs signalent la plus grande fréquence de la rétroflexion; c'est elle seule que Denman signale dans son *Traité d'accouchements* (1), c'est d'elle que traitent la plupart des articles récents des auteurs anglais, sur les inflexions utérines. Néanmoins je pense que dans ces circonstances la flexion n'a guère plus de tendance à se faire dans un sens que dans l'autre. Elle a lieu très souvent en avant après l'accouchement, dit Kiwisch, mais elle est peu prononcée, l'utérus n'étant pas tout à fait sans soutien de ce côté, aussi elle disparaît souvent d'elle-même: au contraire, lorsque la rétroflexion s'établit, le fond de l'utérus peut tomber très bas dans le cul-de-sac postérieur, et la maladie réclame plus souvent les secours de la médecine. Dans le cours d'une même maladie, on voit quelquefois une flexion postérieure se transformer en flexion antérieure; enfin, si l'utérus, primitivement rétroversé ou antéversé, vient à s'infléchir, ce sera dans le sens de la version préexistante.

M. Valleix a noté, sur 35 cas, 21 antéversions, 11 antéflexions simples et 3 mixtes. Dans les déplacements en arrière, 10 cas de rétroversion, 12 de rétroflexion simple, et 11 cas de rétroversion avec rétroflexion. Ces faits, quoique peu nombreux, con-

(1) *Introduction à la Pratique des accouchements*, trad. de Kluykens.

firmement néanmoins l'assertion donnée déjà par M. le professeur Velpeau, que les flexions entraînent souvent la version.

« Il est, en effet, facile à concevoir que la flexion du fond de l'organe soit une cause d'inclinaison de l'axe tout entier; le fond fléchi en avant, par exemple, entraînera par son poids et sa position le col en arrière; il en résultera une antéversion qui compliquera l'antéflexion. » Kiwisch émet une opinion semblable.

J'ai indiqué, à l'occasion du développement, les dimensions de l'utérus à l'état normal, chez la fille vierge et chez la femme multipare. Elles sont utiles à connaître comme point de repère dans l'étude des altérations pathologiques. Rappelons aussi que l'utérus sain, extrait du cadavre peu de temps après la mort, offre une certaine rigidité, n'est infléchi dans un sens ou l'autre qu'au moyen d'un certain degré de pression, et, qu'abandonné à lui-même, il tend à reprendre sa direction normale.

L'utérus anormalement infléchi résiste au redressement, quelquefois avec beaucoup de force; ou, si l'organe est ramolli en totalité, il se ploie dans tous les sens et s'affaisse sur lui-même.

Voici les détails anatomiques donnés par Boivin et Dugès dans un cas d'antéflexion chez une jeune fille.

Abdomen. — Légère phlogose des intestins. L'utérus était tellement plié vers son milieu, que la face postérieure de son corps se présentait en avant, et s'appuyait sur le col de la vessie, et que le fond regardait la paroi antérieure du vagin, quoique le museau de tanche eût conservé sa situation et sa forme naturelles. En vain essayait-on de redresser la matrice; elle ne cédait un moment aux efforts exercés sur elle que pour reprendre aussitôt après sa flexion antérieure. Le tissu de cet organe,

mis à nu par une incision verticale, offrait sur sa tranche une couleur noirâtre et une densité remarquable. Le col était d'un gris violacé; la cavité intérieure était d'un brun noir et enduite d'un mucus blanchâtre et transparent; le vagin était également d'un rouge brun.

Mesuré suivant sa longueur par sa face convexe, l'utérus avait deux pouces et demi, tandis que sa face antérieure n'avait que quatorze lignes d'étendue longitudinale.

La flexion a son siège à une hauteur variable; elle correspond ordinairement à l'union du col avec le corps, et l'étranglement qui y correspond est exagéré. En raison des proportions respectives du corps et du col, variables suivant les âges, la flexion anormale siège plus haut chez l'enfant et la jeune fille que chez la femme adulte. D'autres fois le pli se fait sur le corps lui-même (Ashell, Bell). Dans un cas de rétroflexion, qui est à ma connaissance, le corps étant ployé pour ainsi dire en deux, il en restait une portion dans la direction du col, fortement dirigé en arrière, et l'on sentait une tumeur du côté de la vessie; la maladie fut prise pour une antéversion.

D'autres fois c'est le col lui-même qui est fléchi vers le milieu de sa hauteur. Ces jours derniers, j'ai touché dans le service de M. Huguier une femme multipare atteinte d'antéflexion, et chez laquelle l'inflexion siège à moins de 1 centimètre au-dessus du bord libre de la lèvre antérieure.

L'angle formé par le corps et le col présente une ouverture variable; à un faible degré, cet angle est obtus; s'il existe en avant, l'utérus n'offre que l'exagération de sa concavité normale.

L'angle étant droit, la matrice ressemble alors à une cornue (Baudelocque, Cruveilhier).

Enfin, dans les cas les plus prononcés, l'utérus est exactement plié en deux, et les deux moitiés de sa face antérieure ou postérieure sont appliquées l'une contre l'autre.

Il est inutile de faire observer que l'angle rentrant est toujours plus aigu, moins arrondi que l'angle saillant qui lui correspond sur la paroi opposée à la flexion. Sur plusieurs pièces que j'ai entre les mains et que je dois à l'obligeance de M. le docteur Boullard, la flexion n'a pas lieu suivant une ligne exactement horizontale, mais un peu oblique; il en résulte un certain degré d'*anté latéro-flexion*, que je rencontre plus souvent du côté gauche qu'à droite. Enfin, il existe quelquefois deux flexions simultanées et dans le même sens, c'est là variété en fer à cheval de Busch. Le volume du corps n'est le plus souvent nullement accru dans les inflexions congénitales, il est même quelquefois diminué. Dans les inflexions accidentelles, au contraire, Kiwisch prétend qu'on rencontre presque toujours une augmentation générale, et particulièrement un allongement du diamètre longitudinal de l'utérus. Dans les cas prononcés de rétroflexion, cet allongement peut être de 8 à 16 lignes; cette observation se trouve justifiée par la plupart des cas où le cathétérisme a été appliqué, et où l'on voit, en effet, que la sonde utérine pénètre jusqu'à 7, 8 et 9 centimètres.

En même temps, le tissu utérin présente un certain degré de ramollissement, état sur lequel Kiwisch insiste avec raison, mais qui manque dans les cas d'inflexions invétérées, et qui est même remplacé par un certain degré d'induration ou d'hypertrophie.

Dans les flexions considérables, le canal cervical est fortement rétréci; il en résulte souvent une accumulation de mucosités ou de produits divers dans la cavité utérine; Kiwisch a vu sur un cadavre une accumulation de liquide, une véritable hydrométrie, résultat d'une flexion prononcée.

L'épaisseur respective des parois est toujours changée. Du côté de la convexité, la paroi est relativement ou absolument augmentée, quelquefois notablement hypertrophiée. La paroi opposée plus mince relativement ou atrophiée réellement, surtout au niveau du pli. L'observation ci-jointe, que je dois à l'amitié de M. le docteur Verneuil, montre plusieurs des détails sur lesquels j'insiste.

Le cadavre d'une femme de cinquante-cinq ans environ fut apporté à l'École pratique pendant l'été de 1852. Cette femme présentait tous les signes de la virginité; vulve et vagin très étroits, sans aucune trace de cicatrices: membrane hymen épaisse, circulaire, résistante, très régulière, percée d'une ouverture offrant à peine 1 centimètre de diamètre.

Utérus petit, col conique, à orifice circulaire, admettant environ l'extrémité d'une plume d'oie; flexion à angle droit au niveau de l'union du col et du corps, qui ont à peu près la même longueur. La flexion est à sinus postérieur; il y a donc rétroflexion. La paroi antérieure de l'utérus, qui regarde directement en haut, est surmontée par une petite tumeur fibreuse du volume d'une noisette.

L'angle est très profondément marqué au niveau de la flexion; il y a entre la face postérieure du col et celle du corps une rainure très nette.

Une coupe verticale de l'organe, suivant son grand axe, montre un amincissement très notable de la paroi postérieure au niveau de la flexion.

La forme générale de l'utérus, la disposition de sa cavité, l'état des annexes, ne permettent pas de croire à l'existence d'une gestation antécédente.

L'étendue respective des deux parois, leur longueur, prouve d'une manière sensible jusqu'où peut aller l'atrophie de l'une d'elles. Dans l'observation due à Dugès et Boivin, qui est citée plus haut, l'utérus a 30 lignes par sa face convexe, 14 sur le côté opposé. Le tissu utérin présente, dans certains cas, les signes d'une inflammation qui peut aller jusqu'à un ramollissement purulent. Il est rouge, infiltré, ramolli; des tumeurs s'y rencontrent; dans le péritoine, il y a souvent des traces d'une inflammation récente ou ancienne, des adhérences, des brides, etc.

Une jeune fille mourut d'une hypertrophie du cœur. Elle était de même affectée d'aménorrhée et de fleurs blanches. Il y avait rongeure, épaissement et aspect mamelonné de la membrane muqueuse du vagin. La matrice, ployée en arrière à la réunion du corps et du col, projetait à la fois de ce côté son fond et son museau de tanche, dont l'orifice regardait en même temps en arrière et en haut. Les parois du viscère étaient amincies, sa cavité élargie, aplatie. Le col offrait à l'intérieur une surface d'un rouge foncé, velouté et couverte d'un mucus épais et glaireux. Le pavillon des deux trompes adhérait solidement aux ovaires; des nodosités formées par une substance calcaire renflaient, de distance en distance, l'une et l'autre trompe. (BOIVIN ET DUGÈS.)

Dans l'antéflexion, le cul-de-sac péritonéal antérieur est remarquable par sa brièveté; son fond correspond toujours au lieu même de la flexion, et lorsque celle-ci est compliquée de latéro-flexion, la réflexion du péritoine se fait suivant une ligne oblique, comme l'est celle du pli de l'utérus. Quant à la vessie, tantôt elle est entraînée dans le fond de l'angle rentrant, tantôt unie moins intimement à l'utérus, elle n'est que légèrement tirillée vers son bas-fond.

Dans la rétroflexion, le fond de l'utérus tombe dans l'excavation de Douglas, et s'enfonce entre le rectum et le vagin; n'ayant pas de ce côté le soutien que la vessie lui fournit en avant, le corps de l'organe s'abaisse de plus en plus, et on le trouve souvent placé sur un plan inférieur à celui du col.

Tandis qu'on trouve le corps rejeté en avant ou en arrière, le col peut avoir conservé sa position normale ou être dévié en différents sens.

Dans certains cas que j'ai constatés, le vagin inséré sur le col dans une assez grande hauteur, et ne présentant point de dilatation ampullaire supérieure, embrasse étroitement la section inférieure de l'utérus et la maintient dans une direction normale.

Dans d'autres circonstances, au contraire, malgré l'ampleur considérable du vagin, le col conserve sa position ordinaire, mais alors c'est par suite d'un ramollissement extrême du tissu du corps; car, ainsi que l'observe Kiwisch, toutes les fois que, malgré un certain degré de flexion, l'utérus conserve encore un peu de rigidité, le col doit être entraîné en sens inverse du corps et se porter obliquement en avant dans la rétroflexion, ou prendre dans l'antéflexion une direction oblique en arrière.

Quelque présomption que l'ensemble des symptômes généraux puisse donner en faveur de l'existence d'une inflexion de l'utérus, il n'y a que l'exploration directe qui puisse en donner la certitude.

Les différents moyens d'exploration que doit employer successivement ou simultanément le chirurgien

sont : le toucher vaginal, rectal et hypogastrique, l'examen au spéculum et le cathétérisme utérin. Je n'ai pas à décrire ces procédés, je n'ai qu'à indiquer le parti qu'on doit tirer de chacun d'eux.

Le toucher vaginal permet d'apprécier d'abord si l'utérus a subi ou non un certain degré d'abaissement; ensuite, les différentes variétés de position du col, que nous indiquerons plus loin. La direction de l'orifice utérin permet de préjuger de celle du col; après avoir abandonné l'orifice, le doigt sera porté en arrière, de manière à explorer le plus haut possible la face postérieure de l'utérus; glissé ensuite le long de la paroi antérieure du vagin, il explorera de même la face correspondante de la matrice. Les signes fournis par le toucher sont : du côté de la concavité de la courbure, la sensation d'un angle rentrant, ou sinus, dans lequel s'insinue la pulpe du doigt, qui apprécie tout à la fois la hauteur de la flexion, son degré et sa forme. Sur la face opposée, si le doigt peut remonter assez haut, au lieu de sentir le corps de l'utérus faisant suite à la direction du col, il perçoit un vide et peut contourner quelquefois l'angle arrondi, opposé à l'inflexion.

Madame Boivin donne un précepte excellent, que je m'étonne de ne voir reproduit nulle part; c'est celui d'explorer l'utérus par sa face latérale, en parcourant avec le bout du doigt la courbure anormale que présente cet organe.

Le toucher vaginal doit d'abord être pratiqué sur la femme, dans la position verticale, afin de pouvoir apprécier s'il existe un certain degré de version joint à la flexion.

Le toucher rectal peut être utile, surtout dans des cas douteux de rétroflexion; l'index étant placé dans l'intestin, on introduit le pouce par le vagin, de manière à saisir entre les deux doigts le corps de l'utérus ou à reconnaître le volume, la mobilité et les divers caractères d'une tumeur qui pourrait le simuler.

Le toucher hypogastrique a une valeur immense, que M. Velpeau a fait ressortir. Si l'on fait coucher la femme et qu'on relâche la paroi abdominale, on parvient, en la déprimant lentement, mais fortement, à plonger assez profondément pour explorer toute la cavité du petit bassin.

Le toucher hypogastrique doit toujours être combiné avec le toucher vaginal, de manière à fixer entre les doigts le corps de l'utérus, comme je l'ai indiqué pour le procédé rectal.

L'examen au spéculum fournit sur la position du col, par rapport au bassin, quelques notions précieuses. Si le col n'a subi aucune déviation, on doit apercevoir la lèvre antérieure dans une plus grande étendue que la postérieure; si on les voit également, le col est un peu dévié en avant; on constate alors un symptôme qui est fréquent dans les inflexions, c'est l'aspect béant de l'orifice utérin, produit par le renversement de la lèvre correspondant à la convexité de la flexion. Enfin on peut n'apercevoir dans le champ du spéculum que la lèvre antérieure ou postérieure, ce qui indique un déplacement considérable en avant ou en arrière.

Mais le moyen explorateur par excellence, c'est le cathétérisme utérin. Je n'ai pas à faire l'histoire de ce procédé; cependant je ne veux pas laisser passer l'oc-

casion de dire que M. Huguier l'employait déjà il y a douze ans au diagnostic des maladies utérines, bien avant que Kiwisch et Simpson en eussent fait l'application de leur côté.

Dans les inflexions, le cathétérisme fournit un signe pathognomonique absolu, et M. Huguier ne craint pas d'affirmer que sans lui il ne peut y avoir, dans certains cas, de diagnostic certain. Ce signe, c'est l'arrêt de la sonde à une petite profondeur, et la nécessité, pour la faire pénétrer davantage, d'en changer la direction par un mouvement de bascule et par le renversement de sa courbure d'un sens dans l'autre.

Un signe, non moins important, qu'il fournit, c'est l'étendue de la cavité, et par conséquent l'appréciation du volume de l'organe.

Doute-t-on de la position de l'utérus, la sonde indique sa direction exacte; enfin elle apprend encore si l'inflexion est réductible ou non, si des adhérences, retenant l'utérus dans sa position vicieuse, s'opposent à toute tentative de redressement.

Mais le cathétérisme a ses inconvénients, peut-être ses dangers: je ne parlerai pas de ce qu'il peut produire entre des mains inhabiles. Ordinairement, à peine perçu, il détermine quelquefois des douleurs intolérables.

Un écueil plus grave, c'est d'exposer, dans un cas de grossesse commençante, à provoquer l'avortement. C'est donc au chirurgien expérimenté à juger de son emploi ou de ses contre-indications.

Les inflexions présentent plusieurs variétés de forme, que nous allons indiquer rapidement.

1^{re} FORME. Le col conserve sa position normale, le corps seul est dévié; elle se produit soit en avant, soit en arrière.

2^e FORME. Le col est dévié; le corps reste en place; cette variété singulière n'a été observée que dans l'antéflexion, par M. Huguier, dont personne n'ignore la rigueur d'observation.

3^e FORME. Le col et le corps se trouvent déviés dans le même sens et couchés l'un sur l'autre, c'est la *duplicature* antérieure ou postérieure.

4^e FORME. Le corps et le col sont déviés en sens opposé; il y a alors inflexion compliquée de version.

Sommer distingue l'*infraction*, qui est la flexion anguleuse, de la flexion, dont l'angle est plus arrondi. Enfin deux flexions peuvent exister dans le même sens (Valleix) et donner à l'utérus cette forme que l'on a comparée à un fer à cheval.

Les symptômes de l'antéflexion ou de la rétroflexion se rapportent, soit à l'inflexion en elle-même, soit à la cause qui l'a produite et qui existe encore, soit enfin à des complications nées de la déviation elle-même.

Rien n'est plus propre à mettre en évidence les symptômes qui peuvent résulter d'une inflexion de l'utérus que l'examen des cas assez nombreux où cette déformation existe seule.

Ce sont ceux où la difformité remonte à l'époque du développement de l'organe. Le plus constant de tous ces symptômes est la dysménorrhée. Pour M. le professeur Paul Dubois, ces deux faits, inflexion et dysménorrhée, sont presque invariablement liés l'un à l'autre. M. Hervez de Chégoin a exposé quelle forme particu-

lière affectait cette difficulté de l'émission du flux menstruel. Les douleurs ne surviennent que pendant l'écoulement même, qui, au lieu d'être continu et de se faire goutte à goutte, est intermittent, en sorte que le sang stagnant dans la cavité de la matrice, s'y coagule, et est expulsé sous la forme de petits caillots. Ces symptômes trouvent leur explication dans l'étroitesse de la cavité utérine au niveau de l'orifice interne du col, étroitesse augmentée encore par le degré de flexion plus ou moins prononcée.

La stérilité a lieu par suite de la même cause. Elle ne doit pas être attribuée, comme la disménorrhée, au rétrécissement de la cavité utérine au niveau de la flexion ; c'est plutôt à la déviation du col utérin, dont l'orifice se trouve très souvent dirigé directement en avant ou en arrière, comme dans l'antéversion ou la rétroversion, qui sont souvent aussi une cause de stérilité.

Dans les cas où la flexion, peu prononcée, ne porte que sur le corps et où le col a conservé à peu près sa position normale, l'imprégnation peut avoir lieu. (Boivin et Dugès).

En dehors de ces symptômes, souvent il n'y a rien de plus, et les femmes jouissent d'une santé régulière. Mais la plupart du temps des troubles nerveux existent, et, suivant la nature particulière de la femme, ils se résument à des douleurs vagues, à des spasmes nerveux, ou prennent le caractère de l'hystérie, de l'épilepsie (Boivin), de l'aliénation mentale même. Enfin M. Velpeau rapporte à une inflexion utérine seule un état de consomption et de marasme qui, dans un cas, finit par entraîner la mort.

Quant aux symptômes qui pourraient résulter de la pression de l'utérus dévié, soit sur la vessie, soit sur le rectum, il faut convenir qu'ils sont la plupart du temps tout à fait nuls; mais on a eu tort de conclure de ces cas, où l'utérus est à demi atrophié et comme pelotonné sur lui-même, à ceux où cet organe, hypertrophié et présentant, au contraire, un accroissement de volume, pèse réellement sur les viscères environnants.

Les femmes atteintes d'inflexions essentielles de l'utérus ne sont pas, par cette raison, à l'abri de la métrite; elles y ont même, par suite de leur infirmité, une disposition particulière. La stagnation des fluides sécrétés par la cavité utérine, la distension lente de ses parois, amènent quelquefois, à la longue, un ramollissement de tissu et tous les produits d'une inflammation. Plusieurs autopsies de ce genre prouvent cette assertion. Lorsque cette complication survient, apparaissent alors les symptômes de la métrite, mais ces cas rentrent alors dans ceux qui nous restent à examiner.

L'inflexion peut être compliquée de la cause qui l'a produite ou de lésions consécutives. Ici les symptômes sont variables comme la complication: s'il existe une métrite aiguë, elle domine le reste, et l'on ne peut attribuer au déplacement que l'accroissement du ténésme vésical ou rectal; si ce sont des tumeurs qui déterminent la déformation de l'organe, il est évident encore que c'est à ces affections que se rapporteront la plupart des symptômes coexistants; s'il y a métrite chronique, les symptômes sont mixtes. Quelques uns se rapportent à la métrite: douleur à l'hypogastre, tou-

cher douloureux, écoulement leucorrhéique, accès fébriles, etc.; mais déjà l'on voit prédominer ceux qui resteront, pour ainsi dire, seuls, lorsque l'inflammation aura disparu, tout en laissant subsister les désordres locaux qu'elle a produits.

Ainsi l'utérus est volumineux, mais allongé, ne pouvant soutenir son propre poids; ou bien il est hypertrophié et induré, son redressement est difficile. C'est dans cette forme qu'on voit se développer ces symptômes si caractéristiques qui dépendent et du tiraillement du plexus nerveux et de la pression mécanique de l'utérus sur les viscères : sensation très distincte d'un poids sur la vessie ou le rectum; marche pénible ou impossible; douleurs s'irradiant vers la région lombaire; mixtion difficile; constipation opiniâtre; amaigrissement; perte des forces et impossibilité de se livrer à aucun travail. Il y a là un cortège d'accidents qui ressemblent à ceux d'une hernie non contenue, et cette similitude paraît encore plus grande lorsqu'on voit, dans les deux cas, disparaître presque instantanément ces symptômes par la réduction des viscères à leur position naturelle.

Ces cas sont communs; mais il faut prendre garde, à leur égard, de tomber dans un écueil qui pourrait être dangereux au point de vue pratique.

De même qu'on peut généraliser d'une manière trop absolue ceux où l'inflammation de l'utérus joue un rôle important dans la maladie, et ne pas apercevoir ceux où l'élément inflammatoire n'a plus de valeur, de même on pourrait tomber dans l'erreur contraire, et ne voir que le déplacement alors qu'il y a encore un élément

étranger qui s'y joint. Il y a là un embarras sérieux pour le praticien ; nous y reviendrons à l'occasion du traitement.

L'engorgement et les ulcérations du col sont considérés par les auteurs anglais, et par Lee en particulier, comme une complication ordinaire de la rétroflexion de l'utérus. Souvent aussi ces états précèdent les déformations de l'organe, et se rattachent à leurs causes déterminantes ; mais la flexion, une fois produite, peut très bien par la position vicieuse qu'elle imprime à l'organe aussi bien que par la gêne dans la circulation qui en résulte pour le col, elle peut, dis-je, contribuer à aggraver l'état phlegmasique dans ces deux portions du viscère. Sommer parle d'une hyperémie veineuse portant principalement sur le col et de l'œdème de cette partie comme d'un effet résultant mécaniquement de l'inflexion.

Rigby (*Medical Times*) a signalé une autre complication qui paraît résulter spécialement de l'état de rétroflexion de l'utérus, c'est l'engorgement et l'inflammation chronique des ovaires, par suite de la pression du corps de l'utérus sur ces organes. Dans treize cas, il a constaté que l'utérus appliqué sur l'un ou l'autre ovaire, ou sur les deux à la fois, y avait produit une certaine tuméfaction.

Un mot sur la marche, l'enchaînement et la succession des accidents.

Dans l'évolution générale de la maladie, si elle a une certaine durée, nous voyons avec le déplacement l'élément inflammatoire comme phénomène initial, secondaire ou persistant ; il peut avoir manqué au début ; il

peut avoir disparu à la fin ; mais il y a une époque de la maladie où il existe toujours. On ne doit pas perdre de vue ce fait, d'où découlent les indications générales du traitement.

Relativement au diagnostic différentiel il ne reste que peu de chose à ajouter à ce que j'ai dit en traitant des moyens généraux du diagnostic direct.

L'antéflexion et la rétroflexion ne peuvent être prises l'une pour l'autre, mais elles peuvent être confondues avec un simple renversement de la matrice.

Si, par exemple, on ne se guide que sur la direction du col fortement tourné en avant, dans une antéflexion prononcée, on peut conclure à l'existence d'une rétroversion. La rétroversion pourrait de même être prise pour l'antéversion, surtout si la flexion porte sur la partie moyenne du corps et en laisse une portion en avant.

Supposons que le doigt n'ait pas fourni dans ces cas de renseignement suffisant sur l'angle rentrant formé d'un côté, et sur le vide qui reste de l'autre côté à la place que devrait occuper le corps. Le cathétérisme lève à l'instant la difficulté. En suivant avec soin la marche de la sonde, on s'aperçoit qu'elle s'arrête à une profondeur fixe, puis, qu'il faut un mouvement de bascule et de rotation pour lui faire atteindre le fond de l'organe.

Les tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus peuvent, lorsqu'elles acquièrent un certain volume, déterminer une déformation de sa cavité, qui oblige, en l'explorant, à un mouvement qui se rapproche de celui nécessité par la présence d'une flexion ; mais

quand elles sont arrivées à ce point de développement, elles fournissent un autre signe sur lequel Simpson a insisté et qui consiste dans une ampliation de la cavité qui, outre les mouvements latéraux, permet d'introduire la sonde à une profondeur considérable. Il y a d'ailleurs les autres moyens de diagnostic : palper hypogastrique, toucher rectal.

Les tumeurs placées en dehors de l'utérus, quand elles descendent dans le cul-de-sac péritonéal antérieur ou postérieur, simulent complètement l'antéflexion ou la rétroflexion. On peut souvent, avec le toucher rectal ou par un palper hypogastrique fait avec soin, arriver à reconnaître l'existence de ces tumeurs; mais il y a des cas qui laissent dans le doute. Le cathétérisme révèle du même coup et la nature du mal et les connexions qu'il peut avoir avec l'utérus.

M. Valleix a pu reconnaître ainsi une tumeur cancéreuse de la vessie, et dans un autre cas un kyste de l'ovaire simulant tous les deux une antéflexion.

Voici encore un exemple emprunté à Lee, et dans lequel une tumeur, placée derrière l'utérus, le serrait de si près, qu'il était rejeté en avant, son col formant avec la tumeur cet angle caractéristique, qu'on rencontre dans la rétroflexion. Le diagnostic ne put être précisé que par le cathétérisme utérin.

Madame S., âgée de vingt-neuf ans, mariée depuis sept ans, n'ayant jamais été enceinte, se plaignit de douleurs dans les aines et dans les reins, de garderobes pénibles, et d'élançements dans la cuisse et la jambe gauches qui l'empêchaient de marcher; ses règles avaient été depuis quelque temps très douloureuses et peu abondantes; il y avait constipation, et les matières étaient recouvertes d'un écoulement gélatineux,

quelquefois mêlées de pus. D'après tous ces symptômes, je crus reconnaître une rétroflexion de la matrice ; mais, à l'examen, je fus dé trompé. Le doigt, introduit dans le vagin, était en contact avec un corps arrondi, se rejetant en bas vers le pubis et pressant sur la partie antérieure du vagin. Directement derrière ce corps, existait un espace irrégulier formé par le cul-de-sac postérieur du vagin, ainsi qu'une tumeur volumineuse située entre le vagin et le rectum, que je supposais devoir être le corps de l'utérus rétrofléchi. Je ne pus d'abord trouver l'orifice utérin, et m'apercevant qu'il ne pouvait exister derrière le corps déjà décrit, je dirigeai plus immédiatement mon attention sur le corps lui-même ; je découvris alors que ce corps était l'utérus poussé en bas près de la vulve par une tumeur volumineuse de l'ovaire. J'en examinai soigneusement la paroi inférieure, et je trouvai une petite dépression dans sa partie la plus basse ; j'essayai d'introduire la sonde, et j'y réussis. Avec cet instrument, je pus m'assurer que ce corps était l'utérus, et qu'il n'était pas adhérent à la tumeur postérieure, car en plaçant l'utérus en différentes positions, aucun mouvement ne correspondit derrière dans la tumeur qui était certainement une tumeur ovarique occupant le bassin, et que l'on aurait pu prendre pour le corps de l'utérus rétrofléchi, sans l'aide de la sonde utérine. Cette malade est encore en traitement pour une maladie des ovaires.

Il y a un cas qui peut présenter quelque difficulté, c'est celui d'une de ces tumeurs sanguines de la cavité pelvienne, si bien décrites, dans ces derniers temps, par M. Vigùès, et qui peuvent simuler une rétroflexion de l'utérus distendu par le produit de la conception. Dans ces deux cas, on n'atteint que difficilement le col qui est placé en avant, pressé contre le pubis, mais dans sa direction normale ; une tumeur présentant une fluctuation obscure, refoule la paroi vaginale postérieure, et remplit la cavité pelvienne. Mais on a, d'une part, les signes antécédents d'une grossesse, et l'apparition brusque des accidents ; d'autre part, les phénomènes généraux qui accompagnent toujours le développement des tumeurs sanguines ; enfin la fluctuation

qui, non seulement est plus manifeste dans la portion déclive de la tumeur, mais qui peut être perçue par le toucher hypogastrique.

L'antéflexion et la rétroflexion de l'utérus pendant la grossesse, peuvent être observées, soit dans les premiers mois de la gestation, soit au moment du travail. Dans le premier cas, si ces déviations sont peu prononcées, elles rentrent dans l'histoire générale des inflexions utérines, et j'ai eu occasion de signaler ce qui leur est spécial. Si, au contraire, le corps de l'utérus vient à se renverser complètement dans l'excavation du bassin, ce qui n'a guère lieu que dans la rétroflexion, alors les symptômes qui surviennent sont absolument les mêmes que ceux de la rétroversion produite dans les mêmes circonstances, et il est évident que dans ces cas la flexion du col sur le corps n'a plus qu'une valeur secondaire.

Je ne crois donc pas devoir décrire ces symptômes ni les indications qui en ressortent, ce serait faire l'histoire d'une autre maladie. Un seul point pourrait nous intéresser, ce serait de rechercher pourquoi, dans ces cas, l'utérus s'infléchit sur son col, au lieu de se renverser en totalité. Wltzek, à l'occasion du fait qu'il a observé, attribue cette flexion à la longueur exagérée du col; mais n'a-t-il pas pris l'effet pour la cause, et l'allongement du col ne tient-il pas plutôt à ce qu'il est pressé entre le pubis et le corps de l'utérus? Les éléments nous manquent totalement pour la solution de cette question, et je ne puis mieux faire que de citer les paroles de M. le professeur P. Dubois, à ce sujet : « On a attribué cette disposition à des adhérences au museau de tanche,

à des brides qui le retiennent vers le centre du vagin ; mais on ne cite pas d'observations précises, et je n'ai rien observé de semblable dans les cas de rétroflexion que j'ai vus et que j'ai cités plus haut. Je suis persuadé que la flexion du col dépend d'autres causes qui nous sont encore inconnues.»

A la dernière période de la gestation, l'inflexion de l'utérus peut se présenter sous différentes formes. Tantôt, c'est le corps qui paraît infléchi sur le col, celui-ci ayant conservé sa position normale, tantôt l'utérus étant placé régulièrement, le col est inséré latéralement et forme un crochet plus ou moins recourbé, qui rend la recherche de son orifice extrêmement difficile ; tantôt enfin, c'est le corps qui est ployé sur lui-même (matrice en besace).

Le premier cas est considéré comme une variété de l'obliquité de l'utérus. Voici ce qu'en dit Gardien : L'obliquité de la matrice peut quelquefois se reconnaître par la vue seule ; mais, en général, on ne peut juger sûrement de l'espèce d'obliquité qui existe et de son étendue, qu'en palpant l'abdomen de la femme. Cette première recherche, en apprenant de quel côté répond le fond de l'utérus, ne fait pas toujours connaître celui où se trouve son orifice : le col peut ne pas cesser de correspondre au centre du bassin, pendant que le fond est incliné ; ce qui suppose une déviation dans l'axe de l'utérus, à l'endroit de l'union du corps et du col de cet organe ; elle est quelquefois si grande, que le col qui est alors recourbé à la manière du bec d'une cornue, regarde le même côté du bassin que le fond.

L'insertion latérale du col est attribuée par M. Velpeau à l'excès d'amplitude du bassin, à une grande inclinaison de son détroit supérieur ; et, suivant Parent, à une saillie trop grande du promontoire. Les accidents qui en résultent, sont, une lenteur particulière dans la marche de l'accouchement et une distension de la paroi antérieure du col, par la tête de l'enfant qui peut en occasionner la rupture.

Deventer, Baudelocque et un grand nombre d'accoucheurs, ont conseillé, pour remédier à cet état, d'accrocher l'orifice avec le doigt, de l'abaisser vers le centre du bassin dans l'intervalle des douleurs, et de l'y maintenir pendant les contractions, ou bien de pratiquer l'hystérotomie vaginale ; M. le professeur Velpeau pense, avec Smellie, que, dans la plupart des cas, la nature peut se suffire à elle-même, et qu'il faut seulement tâcher de ralentir les contractions.

Peu a rapporté plusieurs cas de flexion du corps de la matrice : en voici un exemple qui montre en même temps la conduite que doit suivre le chirurgien.

Je fus appelé, au printemps de 1825, par M. Majesté, près d'une jeune femme dont le travail n'avancait pas depuis plusieurs heures, quoique les douleurs fussent très vives. La matrice, courbée en forme de cornue, était tellement disposée, qu'à chaque contraction sa face postérieure devenait complètement horizontale. Je fis comprendre à la malade que ses efforts étaient non seulement inutiles, mais encore qu'ils suffisaient pour empêcher l'accouchement de se terminer. Elle fut docile aux conseils que je lui donnai, et résista de toutes ses forces aux sensations qui l'excitaient à pousser. La matrice ne tarda pas à se relever d'elle-même pendant la contraction. La tête s'engagea promptement, et l'expulsion du fœtus s'effectua deux heures après. (VELPEAU, *Tocologie*.)

Pour la recherche et l'appréciation des indications

et des contre-indications thérapeutiques, nous nous appuierons sur les données établies dans les chapitres précédents.

Nous avons vu, par l'étude des symptômes, que les inflexions de l'utérus se présentaient à l'état de simplicité, ou étaient dues à l'inflammation, ou résultaient de lésions matérielles qui les avaient produites mécaniquement. Mettons à l'écart immédiatement cette classe dernière, car il est évident qu'il n'y a aucun traitement à diriger contre des inflexions qui résultent soit de tumeurs interstitielles de l'utérus, soit d'adhérences de cet organe avec les parties environnantes, soit enfin de la pression exercée par des productions morbides voisines.

L'antéflexion, la rétroflexion essentielles de l'utérus présentent, au point de vue qui nous occupe en ce moment, deux degrés qu'il importe de rappeler. Dans la forme la plus prononcée, il y a une véritable duplication de l'utérus sur la surface antérieure ou sur la postérieure, et le col est dévié de sa direction naturelle, aussi bien que le corps. Sans aucun doute, il y aurait dans la dysménorrhée qui en est un phénomène constant, et dans la stérilité qui n'est pas moins ordinaire, il y aurait, dis-je, des indications suffisantes de tenter le traitement curatif de ces difformités, mais on trouve dans la presque impossibilité de redresser l'utérus, et surtout dans l'inertie de cet organe qui a terminé son évolution, et dans lequel une gestation (impossible d'ailleurs) pourrait seule réveiller un mouvement nutritif, on trouve, dis-je, dans toutes ces circonstances réunies, aussi bien que dans la parfaite innocuité de la

difformité, des raisons suffisantes pour s'abstenir de tout traitement. Je reconnais donc, avec MM. P. Dubois, Velpeau, Jobert, etc., l'incurabilité absolue de ces affections. Mais il n'en est pas de même des flexions peu prononcées, qui, tout en résultant d'un développement irrégulier de l'organe, ne consistent qu'en une légère inclinaison du corps sur le col, sans déviation considérable de ce dernier. On a vu que ce degré était encore suffisant pour produire la dysménorrhée, la stérilité, quelquefois même des troubles nerveux. Eh bien ! ces inflexions peuvent disparaître complètement sous l'influence de moyens appropriés, et l'on doit à M. le professeur Velpeau d'avoir institué le véritable traitement qui leur convient. Ce traitement, c'est la dilatation graduelle et progressive de l'orifice interne qui, dans l'état naturel, étant la partie la plus étroite du col utérin, se trouve encore rétrécie par le fait de la flexion. Cette dilatation se fait au moyen de bougies, d'abord petites, ensuite plus grosses, comme s'il s'agissait d'une coarctation de l'urètre. La voie, une fois rétablie, la dysménorrhée cesse, et la grossesse fait disparaître l'inflexion.

J'arrive maintenant aux inflexions accidentelles ou pathologiques de l'utérus. Il y a, dans cette forme de la maladie, une indication thérapeutique de plus que dans les cas précédents ; en effet, à la déformation de l'organe, avec toutes ses conséquences, se joint l'altération de son tissu, caractérisée par l'élongation, l'hypertrophie, le ramollissement ; en un mot, il y a un état phlegmasique plus ou moins caractérisé ; et l'on pourrait ajouter aussi une troisième indication, celle

qui se tire des troubles généraux, lesquels résultant à la fois et de la difformité et de l'état inflammatoire local, acquièrent parfois une grande intensité.

Le traitement devra donc, en général, être mixte; et l'on a vraiment lieu de s'étonner que, jusqu'à ce jour, des idées purement théoriques aient conduit la plupart des praticiens à des méthodes de traitement tout à fait exclusives.

Dans cette combinaison de l'altération organique avec la simple altération de forme de ce viscère, on conçoit qu'il y ait, suivant les cas, une prédominance de l'une ou de l'autre, qui en fasse naître une semblable dans l'un ou l'autre élément du traitement.

Celui-ci pourra donc être tantôt presque exclusivement médical, tantôt principalement chirurgical.

Les théories n'ont pas manqué, pour établir la prééminence d'un traitement purement médical sur les moyens chirurgicaux, ou réciproquement. C'est un terrain sur lequel, à propos des affections utérines, on combat sans grand profit depuis bien longtemps.

En ce qui concerne les flexions de la matrice seulement, les partisans du traitement médical font valoir : que l'inflammation est le point de départ de la flexion ; que l'utérus auquel on a restitué sa forme n'aura aucune tendance à la conserver, s'il est encore hypertrophié et ramolli ; que la flexion peut disparaître d'elle-même et en même temps que l'inflammation ; que si elle persiste, il est temps d'employer les moyens mécaniques après s'être débarrassé de l'état inflammatoire ; qu'enfin, ces moyens sont dangereux et peuvent être la source d'accidents sérieux.

Mais on peut, d'un autre côté, invoquer les arguments suivants : si l'inflammation est le point de départ de la flexion, celle-ci réagit bientôt sur la première, l'entretient et l'aggrave; 2° l'utérus, ramené à sa forme et à ses rapports normaux, est dans des conditions bien plus favorables pour la résolution de son engorgement. N'est-ce pas un fait fréquent dans beaucoup de lésions chirurgicales, où l'inflammation a donné lieu à certains déplacements, d'obvier à ceux-ci avant d'attaquer celle-là ? Dans une arthrite du genou, par exemple, lorsque l'allongement, le ramollissement des liens articulaires, aidés des positions vicieuses, prises par le malade, ont donné lieu à un commencement de luxation latérale ou antéro-postérieure, qu'il existe en même temps une flexion exagérée, niera-t-on que la première, la plus formelle indication, ne soit de ramener graduellement l'articulation dans une position meilleure, et de s'opposer, par des appareils appropriés, à des déplacements ultérieurs ? Mais sortons de l'embarras où nous conduiraient les idées théoriques, et abordons l'application pratique.

Je distinguerai trois cas : premièrement, celui d'une flexion légère, récente, née et accompagnée d'un état inflammatoire aigu, plus ou moins intense. Cette forme se présente très souvent, et peut-être la rencontrerait-on encore davantage, si l'attention était toujours dirigée sur la configuration même de l'organe. Soit que la flexion existe seule, soit qu'elle s'ajoute à un état antérieur de rétroversion ou d'antéversion plus ou moins prononcée, elle ne réclame en aucune façon de traitement spé-

cial (1) ; la métrite seule devra donc être combattue par les moyens ordinaires. Il n'est pas rare, dans le cours de la maladie, de voir la flexion changer de sens (Valleix), disparaître et reparaitre alternativement ; le plus souvent enfin, elle cesse définitivement avec la cause qui lui a donné naissance. (*Obs.* de B. Bell. et autres.)

Dans la seconde forme la flexion est plus prononcée, et l'état phlegmasique moins caractérisé, soit qu'il ait manqué au début, comme dans ces inflexions survenues presque subitement à la suite d'efforts violents, de chute, etc., dans le cours de l'époque menstruelle ou quelques jours après un avortement, un accouchement terminé d'ailleurs heureusement, soit que la métrite, si elle a existé, ait une date plus ancienne et manque d'un caractère d'acuité manifeste. Dans ces cas, le redressement préalable de l'utérus, opéré par l'un des moyens que j'énumérerai plus bas, son maintien dans sa rectitude par quelques dispositions accessoires, me paraissent venir puissamment en aide à un traitement médical dirigé contre l'altération du tissu utérin. On obtiendra ainsi un amendement plus rapide des symptômes, et on abrègera la durée totale de la maladie en même temps qu'on mettra la femme à l'abri d'une déformation incurable de la matrice, si des adhérences étaient venues à la fixer dans sa position vicieuse.

(1) Je dirai plus, elle contre-indique même, d'une manière absolue, le simple cathétérisme explorateur. Le toucher vaginal, qui suffit pour la faire reconnaître, doit être appliqué à juger de l'état de phlogose de l'utérus, de l'étendue de l'inflammation, plutôt qu'à déterminer la valeur d'une inflexion, qui n'est qu'un épiphénomène.

Le troisième degré comprend les déformations très anciennes, très prononcées, facilement réductibles, mais se reproduisant avec la même facilité parce que le corps de l'utérus, allongé, ramolli, considérablement hypertrophié, retombe sans cesse sur lui-même.

Dans ces cas, la réduction instantanée n'est plus suffisante; c'est le redressement permanent qu'il convient d'appliquer à l'aide de moyens mécaniques, qui, en soulageant de prime abord la malade, à la manière des bandages employés contre les hernies, et lui rendant presque instantanément l'usage de ses forces, ne s'opposent nullement à l'emploi de tous autres agents thérapeutiques, locaux ou généraux, externes ou internes, qui, il faut le dire, malgré l'emploi le plus judicieux et le plus persévérant, ne réussiront souvent point à rendre à l'utérus sa tonicité et sa résistance normales.

Il ne nous reste plus qu'à énumérer les différents procédés qui constituent le traitement chirurgical et apprécier leur valeur relative; à grouper de même les moyens thérapeutiques que l'on peut ranger sous le titre de traitement médical.

Le traitement chirurgical des inflexions utérines consiste à en opérer le redressement plus ou moins instantané, et à le transformer, s'il est possible, en un redressement permanent.

M. le professeur Velpeau parle d'une médistre de Paris qui obtient quelques succès ou du moins produit un amendement dans les cas d'inflexions utérines, en exerçant sur la paroi abdominale à l'hypogastre des pressions plus ou moins fortes ou prolongées; comment comprendre l'action d'un tel moyen autrement que

par un redressement très médiat, et par conséquent très imparfait, à travers la paroi abdominale ?

Le redressement avec une tige rigide, avec un ou plusieurs doigts ou avec la main entière introduits par le rectum, moyen proposé déjà par Aélius, contre la rétroversion, et employé encore aujourd'hui par Aschwell, par Bell, par M. Huguier, permet d'agir d'une manière presque immédiate sur l'utérus infléchi. Il n'est pas spécial à la rétroflexion, il peut convenir aussi dans les cas d'antéflexion. On aide l'action des doigts introduits dans le rectum par celle du pouce de la même main ou d'un doigt de l'autre main placé dans la cavité vaginale (Boivin, Dugès, p. 218); ou enfin, comme le pratique M. Huguier, de la sonde introduite dans la cavité de l'utérus. La répugnance, la douleur provoquées par ce procédé doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation de sa valeur.

Par la seule introduction du doigt dans le vagin, on n'a que peu ou point de prise sur l'utérus; l'extrémité du doigt a déjà beaucoup de peine à atteindre le coude formé en avant ou en arrière par l'organe infléchi; en outre, elle manque de point d'appui dans son action.

Redressement direct. — M. Velpeau avait songé d'abord à suivre la courbure anormale de l'utérus en introduisant une tige articulée, pouvant se redresser après l'introduction. A ce mécanisme compliqué on a substitué la sonde utérine, avec laquelle on pénètre, par un mouvement de bascule, jusqu'au fond de l'organe. La sonde de Kiwisch et celle de Simpson présentent une courbure assez prononcée. L'hystéromètre de M. Huguier est presque droit; il est gradué, et muni

d'un curseur qui indique jusqu'où l'organe a pénétré. Le doigt indicateur de la main gauche, porté jusqu'au museau de tanche, sert de guide à l'instrument, qui doit être introduit avec ménagement. On ramène ensuite l'utérus dans sa position normale, après s'être assuré qu'il n'existe pas d'adhérences (Huguier).

Les moyens de fixation de l'utérus agissent, comme les précédents, d'une manière plus ou moins médiate.

Les ceintures hypogastriques, que M. Velpeau considère comme le meilleur moyen palliatif, n'agissent sur la flexion de l'utérus que d'une manière indirecte, en soulageant ce viscère d'une partie du poids des viscères qui reposent sur lui.

Les moyens de redressement par le vagin sont nombreux, et tous à peu près d'une égale inutilité. Ils pèchent tous par cette raison qu'ils n'agissent sur la position du corps de l'utérus que par l'intermédiaire du col, ce qui peut être accepté pour les cas d'antéversion ou de rétroversion, mais nullement pour les inflexions. Les pessaires de Nauche, ceux de M. Hervez de Chégoïn, malgré leur disposition en biseau, n'échappent pas à ce reproche. Le docteur Beattie continue à préférer à tout autre moyen un morceau d'éponge placé dans le repli vaginal antérieur ou postérieur, procédé suivi autrefois par Deneux.

M. Valleix, dans certains cas de rétroflexion, maintient l'utérus, ramené par la sonde à un léger degré de renversement antérieur, au moyen d'une vessie de caoutchouc insufflée; c'est ce qu'il appelle le redressement extra-utérin.

Je rejette d'une manière plus absolue les moyens chi-

rurgicaux par lesquels on se propose d'agir sur la muqueuse, soit en la raccourcissant d'un côté (Robertson), soit en l'excisant et établissant des adhérences avec une des lèvres du col (Amussat), soit en la détruisant partiellement au moyen de cautérisation multiple (Desgranges). Ces procédés sont aussi inutiles, plus douloureux que les précédents, et ils pourraient bien aggraver la lésion qu'ils sont destinés à combattre.

Mèche rectale. — Depuis plusieurs années M. Huguier emploie exclusivement ce procédé contre la rétroflexion, et non seulement il n'a jamais déterminé d'accidents, mais il a obtenu des guérisons définitives qui ont été constatées un an après le traitement. Une mèche très volumineuse, longue, retenue inférieurement par un fil qui l'empêche de remonter dans le rectum, et facilite son extraction ultérieure, est introduite dans le rectum. On lui fait franchir le sphincter interne, afin d'éviter le ténésme et les besoins continuels d'expulsion qui ne manqueraient pas de se produire si la mèche sortait par l'anus.

Cette mèche est ensuite tassée par la paroi vaginale, de manière à offrir au corps de l'utérus un soutien résistant et solide; puis la matrice, retenue jusqu'à ce moment par la sonde, est abandonnée à elle-même.

La mèche est laissée en place aussi longtemps que la malade peut la supporter; elle a pu rester jusqu'à vingt jours consécutifs sans inconvénients et sans douleurs.

Je joins ici un exemple emprunté à la pratique de M. Huguier :

Bagin (Arthémise), âgée de vingt-deux ans, casquettière, est entrée dans le service de M. Huguier le 2 décembre 1849.

Depuis un mois la malade ressent, dans le bas-ventre, un peu plus à droite qu'à gauche, des douleurs sourdes plus vives dans les aines et les cuisses, augmentant par la station debout et diminuant par le décubitus abdominal ou latéral droit. Douleur dans l'acte de la défécation; les règles sont toujours assez régulières.

Par le toucher vaginal on constate que le col est dans sa position normale. Seulement il est un peu hypertrophié, puisque le corps est infléchi en arrière à angle droit sur le col. L'hystéromètre, introduit par le procédé que j'ai indiqué, confirme le diagnostic.

Cette femme est opérée d'après les règles que j'ai décrites, le 15 décembre.

La première mèche est gardée cinq jours; le cinquième jour, elle ne peut plus résister au besoin d'aller à la selle. Une seconde mèche, qu'elle garda pendant huit jours, est remplacée immédiatement après.

Chez cette malade, il n'y eut aucun accident; quelques douleurs légères dans le rectum pendant le séjour de la première mèche.

Six semaines après l'opération, on examina la malade et on trouva l'utérus dans sa position normale. Les douleurs des reins, des aines, des cuisses et du bas-ventre ont complètement disparu. On continue l'usage des mèches pendant encore une quinzaine de jours, et la malade sort parfaitement guérie le 17 février 1850.

Cette femme est revenue le 20 juin 1850 dans le service de M. Huguier pour se faire exciser d'énormes végétations qu'elle portait à la vulve; elle assure n'avoir jamais souffert depuis sa sortie de l'hôpital. Elle est soumise à un examen attentif de M. Huguier et de tous les élèves qui l'avaient vue six mois avant dans le service, et tous s'accordent à dire que l'utérus est dans une position parfaitement normale, (Dufraigne, *Thèse*, 1851.)

On a proposé aussi d'introduire dans l'intestin une vessie élastique que l'on remplit d'air. C'est un moyen qui repose sur le même principe que le redressement par la mèche; mais la vessie ayant une convexité prononcée, en avant, ne forme pas un soutien suffisant à l'utérus, qui glisse constamment à droite ou à gauche, et retombe dans l'excavation recto-vaginale.

Redressement intra-utérin. — C'est pour ainsi dire un

C.

9

cathétérisme permanent. Kiwisch a commencé par laisser sa sonde à demeure; puis il l'a modifiée, et est venu la fixer sur la pelote d'un bandage. Le pessaire à tige de Simpson, le redresseur articulé de M. Valleix, sauf quelques légères modifications, présentent la même construction. Ils se composent de trois parties: une tige qui pénètre dans la cavité utérine; un renflement sur lequel repose le col, et une branche qui suit la direction du vagin, et vient prendre un point d'appui sur la paroi abdominale. Le point le plus important de la construction de l'instrument, c'est la longueur de la tige; trop longue, elle presse contre le fond et s'oppose au retrait de l'organe; trop courte, elle pourrait le perforer s'il venait à se courber sur elle.

L'instrument étant mis en place, maintient la matrice dans une position fixe et dans une direction normale. Au point de vue du redressement, ce procédé est parfait; mais il a de nombreux inconvénients: d'abord, il arrive souvent qu'il ne peut être supporté, et M. Valleix, qui l'emploie avec tous les ménagements possibles, a été plus d'une fois obligé d'y renoncer. La métrite, des métrorrhagies, des inflammations péri-utérines en sont souvent l'effet. Voici un exemple de ces accidents emprunté à M. Huguier; le redressement avait été appliqué par M. Valleix lui-même.

Le 21 septembre 1852, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clothilde, lit 386, service de M. Huguier, une femme nommée Lebras (Françoise), âgée de trente-cinq ans, cuisinière.

Cette femme accuse des symptômes du côté de l'utérus, et M. Huguier, qui l'examine le 6 janvier, constate que l'utérus est en rétroflexion.

Le 9, M. Valleix se range à cet avis, et, séance tenante, fait l'application du pessaire.

Le 10 janvier, élancements très vifs dans la matrice, douleurs aiguës dans les reins, dans les aines et dans le membre inférieur gauche; un écoulement sanguinolent assez considérable se manifeste.

Le 11, les douleurs sont un peu calmées; mais l'écoulement a persisté.

Le 12, amélioration notable; la malade n'accuse plus qu'un sentiment de picotement sur la paroi extérieure du vagin. Ce sentiment doit-il être attribué au frottement de l'instrument sur le canal de l'urètre?

Le 19, la malade est beaucoup mieux; elle cherche à marcher.

Le 27, perte utérine assez considérable, administration du seigle ergoté.

La malade éprouve des engourdissements dans le pli de l'aîne droite.

Elle accuse au périnée des pesanteurs qui la forcent à faire des efforts d'expulsion; alors elle pousse des cris, interrompus de temps en temps par le phénomène de l'effort.

Cela revient plusieurs fois par jour.

Le 28, même état que la veille, mêmes douleurs, mêmes pertes.

Le 29, M. Huguier enlève le pessaire à cause des douleurs et des pertes qui continuent.

Le 30, les douleurs ont disparu; la malade exprime son bien-être en disant: « qu'elle est dans un autre monde. »

Le 31, pas de pertes.

Le 4 février, la rétroflexion est tout aussi prononcée qu'avant l'application du pessaire Simpson. Le col est un peu douloureux.

Tout le reste du mois de février se passe sans nouvelles tentatives; mais le 6 mars, M. Huguier trouvant la malade revenue à une santé parfaite, et ne conservant que les symptômes de la rétroflexion, redresse l'utérus et applique le pessaire Simpson.

Le 8 mars, légères douleurs utérines.

Le 10, écoulement de sang.

Le 12 et le 13, l'écoulement continue; la malade se trouve fort affaiblie.

Le 20, ces symptômes s'exagérant, M. Huguier retire le pessaire.

C'est à partir de cette époque, qu'il songea à traiter la rétroflexion de la femme Lebras par son procédé de mèches, dans le rectum après le redressement de l'utérus.

(Boucher. Mémoire pour les prix de l'internat, 1852.)

Les époques menstruelles sont presque toujours

augmentées par l'application du redresseur. Combien de temps doit-on le laisser en place ? Kiwisch a pour principe de ne l'appliquer que huit ou dix heures par jour. M. Valleix le supprime dès qu'une indication survient. Dans un cas, chez une nourrice, il a pu le laisser quarante-neuf jours consécutifs. Doit-on le laisser à l'époque des règles ? Théoriquement, oui ; car l'utérus ayant moins de résistance de tissu à ce moment qu'à tout autre, c'est précisément alors qu'il a besoin d'être soutenu. Simpson n'a pas craint de laisser le pessaire à tige jusqu'à dix mois consécutifs. Mais comme le redressement détermine souvent, même en dehors de l'époque menstruelle, des écoulements sanguins abondants, il est prudent de le retirer à cette époque, et de tenir la femme au lit pour éviter la reproduction du déplacement.

La durée du traitement varie suivant la nature de la déviation et l'état de l'utérus : la rétroflexion a, surtout dans certaines formes, une tendance extrême à se reproduire. J'ai indiqué les cas dans lesquels on peut espérer que l'utérus reprendra sa consistance normale. Kiwisch donne le conseil de s'assurer des modifications dans la texture du tissu utérin et de retrait de l'organe, mesurant de temps en temps les dimensions de sa cavité, au moyen de la sonde.

Après un redressement maintenu pendant un certain temps, Lee et la plupart des médecins anglais pensent, avec juste raison, que la grossesse peut rendre la guérison définitive.

Schmitt et Schweighæuser n'emploient aucun appa-

reil à demeure après le redressement, et se contentent du décubitus latéral ou sur le ventre.

Pour l'antéflexion, M. Huguier tient la femme couchée constamment sur le dos, lui conseille de n'uriner que rarement, et redresse de temps à autre l'utérus au moyen du cathétérisme.

De tous les moyens chirurgicaux, les seuls qui aient de l'importance et méritent d'être appréciés comparativement, sont le redressement intra-utérin, et celui par le rectum, tel que l'emploi M. Huguier pour la rétroflexion. Dans ces cas, où l'on peut choisir entre ces deux moyens, je n'hésite pas à préférer le dernier, qui est d'une parfaite innocuité pour l'utérus, et qui ne constitue pour la femme qu'une sorte de constipation artificielle, d'autant plus facile à supporter que cet état se rapproche souvent de ses conditions habituelles.

Le fait suivant prouve en même temps que la guérison s'obtient assez rapidement :

Ledoul (Jeanne), blanchisseuse, âgée de vingt-trois ans, entra dans le service de M. Huguier, vers la fin de décembre.

Réglée à quatorze ans, elle se marie à seize. A la suite de la seconde grossesse, pendant laquelle elle ressentit des douleurs dans le ventre et les reins, et une pesanteur très fatigante sur le rectum, ces accidents acquirent une telle intensité, que la marche devint presque impossible, et la station debout très pénible.

L'examen qui eut lieu quelque temps après son entrée, fit constater une rétroflexion bien marquée du corps de l'utérus, le col étant dans sa position normale.

Le redressement eut lieu le 17 janvier 1850, par le procédé rectal.

La première mèche fut gardée pendant douze jours, sans que la malade s'en plaignît par trop. Une seconde mèche qui resta quatre jours, et une troisième qui ne fut gardée que deux jours, tels furent les seuls

moyens employés pour amener la femme Ledoul à complète guérison de son affection utérine.

Il n'y eut, dans toute la durée du traitement, que quelques légères douleurs dans le rectum, qui cédèrent facilement à quelques grands bains. Cette femme, revue dix mois après, ne conservait plus aucune trace de sa rétroflexion. (Dufraigne. *Thèse*, 1851.)

Dans les autres cas, le pessaire intra-utérin reste avec ses avantages et ses inconvénients.

Topiques. — Ces moyens peuvent être employés seuls ou venir en aide aux agents mécaniques. Le but, qu'on doit se proposer est de déterminer dans le tissu utérin un travail de résorption qui le ramène à ses conditions naturelles. Les sachets, les injections vaginales n'ont aucune action sur le corps même de l'utérus. Les douches froides, prolongées, que conseille M. Gibert, ont une action résolutive incontestable.

Kiwisch, qui a bien senti que le redressement mécanique ne s'adressait qu'à un élément de la maladie, a tenté d'attaquer directement le tissu utérin par des injections dans la cavité même de l'organe.

Il a employé ainsi une solution de perchlorure de fer, espérant obtenir de l'action extrêmement astringente de ce sel, ce retrait et cette rapidité de tissu, faute desquels l'utérus s'infléchit aussitôt qu'il est abandonné à lui-même. Il y a réussi, en effet, en même temps qu'à arrêter les métrorrhagies si fréquentes dans ces conditions. Mais l'injection déterminait des douleurs si atroces qu'il était obligé de chloroformer ses malades auparavant. Il a eu des accidents qui l'ont déterminé à abandonner un si dangereux moyen, et il s'est borné ensuite à pratiquer quelques cautérisations avec le nitrate d'ar-

gent solide promené rapidement sur tous les points de la cavité utérine.

La médication générale est dirigée, soit exclusivement en vue des symptômes inflammatoires, soit dans le but de déterminer la résolution de l'engorgement utérin. Bell administre, dans cette intention, l'iodure de potassium, et le proto-iodure hydrargyrique, à des doses qui, en l'absence d'une indication spécifique, nous paraîtraient ici bien considérables.

Enfin, dans le but seul d'agir sur la contractilité du tissu utérin, Kiwisch a essayé, mais sans résultat avantageux, des préparations de fer, l'acide tannique et le seigle ergoté.

FIN.

PARIS

ANCIENNE MAISON CRAPELET

IMPRIMERIE DE CH. LAURE

115, RUE DE VAUGRAFF, 115

1883