antéflexion compliquée d'élongation sus-vaginale du segment cervical, on recommande chaudement la discision simple du col, à cause de la sténose de l'orifice externe et de la tonicité de la portion vaginale qui accompagnent régulièrement cette lésion. Quant à moi j'ai renoncé à cette opération depuis plus de cinq ans, après l'avoir fréquemment pratiquée jadis. J'ai remarqué, en effet, que l'amélioration obtenue de cette façon n'était la plupart du temps que d'une durée relativement minime. Aussi me suis-je décidé à quelque chose de plus radical, à l'excision d'un segment, par conséquent à l'amputation du col. Les résultats de cette méthode sont des plus satisfaisants. Sous l'influence de l'amputation, le col entre en régression prononcée; une action thérapeutique énergique simultanée sur la muqueuse utérine favorise la transformation ultérieure de la matrice en un organe normal. Dans un très grand nombre de cas, j'ai vu ce mode de traitement être suivi de la disparition des phénomènes dysménorrhéiques et parfois même de la stérilité.

Il va de soi qu'on ne se résout que difficilement à amputer le col chez des vierges, chez des femmes non mariées. On s'y voit forcé cependant par l'exagération des souffrances. L'expérience a démontré qu'au fur et à mesure de la transformation de l'utérus consécutive à l'opération, les accidents diminuaient de telle façon que je ne puis m'empêcher d'insister ici pour qu'on opère même les jeunes filles et les jeunes femmes, lorsque les autres moyens thérapeutiques ont échoué. Quant au manuel opératoire, je prie le lecteur de se reporter au chapitre qui en traite.

Je termine en faisant ressortir à nouveau que, pour réussir à l'aide de l'intervention opératoire, il faut que les annexes soient indemnes. Tant que celles-ci sont malades, le traitement doit tout d'abord s'adresser aux affections dont elles sont atteintes; et, même après leur guérison, il est bon de laisser passer une année avant de procéder à l'amputation du col utérin.

2. ***L'antéflexion de l'utérus gravide,*** le ventre pendant en besace, état particulier à la seconde période de la grossesse, résulte, on le sait, non du relâchement des parois abdominales qui ne peuvent supporter l'utérus en gestation, mais, chez les

primipares du moins, d'une anomalie du détroit supérieur et de la colonne vertébrale, et quelquefois, mais rarement, de conditions pathologiques spéciales de la cavité abdominale (présence de tumeurs, etc.) Dans tous les cas, un examen approfondi de

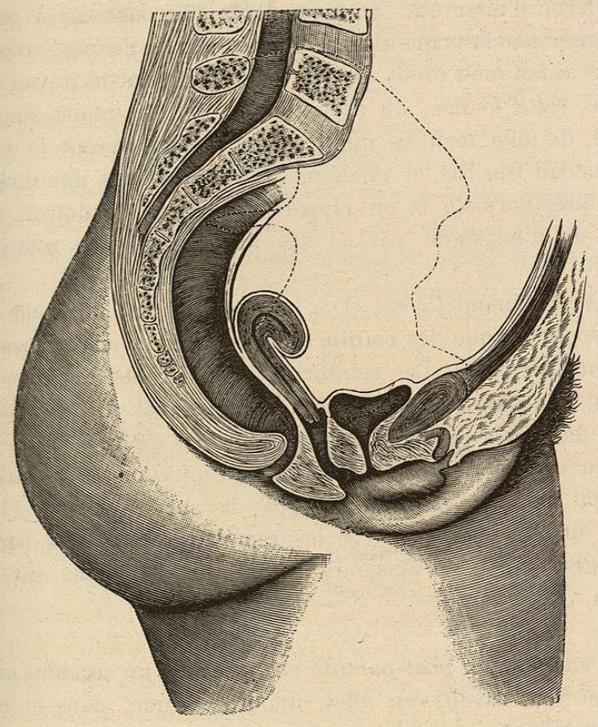

Fig. 38. — Antéflexion de l'utérus. Allongement de la portion supra-vaginale du col.

ces conditions est indispensable. Les accidents provoqués par la déviation qui nous occupe sont facilement supprimés par l'emploi de moyens de contention appropriés, tels que ceintures abdominales à bretelles. Quant à la grossesse elle-même, son cours demeure naturel.

J'ai rencontré cependant, à différentes reprises, des cas où la contention (ceintures, corsets) a plutôt exagéré les symptômes

BIBLIOTECA

qu'elle ne les a amendés, de telle sorte que les femmes ont préféré y renoncer pendant toute la durée de la grossesse. La propreté est chose fort importante dans les cas où l'infirmité est très accentuée, parce qu'elle permet d'éviter la production des gerçures, surtout dans le pli inguinal.

La façon d'intervenir au moment de l'accouchement m'a été enseignée par la manœuvre spontanée d'une de ces patientes, et j'en ai fait mon profit dans la suite. Aussitôt le travail commencé, cette femme, en décubitus latéral, se replia sur elle-même, de telle manière que les genoux soulevèrent le ventre qui pendait très bas, et amenèrent la matrice dans une direction à peu près normale et en rapport avec l'axe du détroit supérieur. Je n'insisterai pas ici sur l'aide nécessitée ultérieurement.

Tout récemment *Czerny* (1) a chaudement recommandé l'emploi prophylactique des ***ceintures pour femmes en couches,*** usitées en Angleterre. Ces ceintures ont différents inconvénients et sont loin d'être un préservatif contre le mal. Cependant certaines femmes s'en trouvent bien. Aussi les toléré-je chez celles qui peuvent mettre en pratique une désinfection minutieuse et chez qui les ceintures ne gênent pas la surveillance de l'involution utérine puerpérale. Je les remplace quelquefois par des compresses pliées en plusieurs doubles que j'applique sur l'abdomen.

3. ***L'antéflexion post-partum*** est rarement un accident pathologique. Nous savons, en effet, aujourd'hui que, dans le cours de l'involution puerpérale, l'utérus vient reposer largement sur la vessie pour revenir, par la suite et dans cette même situation, à son état normal. Cette sorte d'antédéviation ne devient vraiment pathologique que lorsque l'inflexion du corps sur le col a amené l'oblitération du canal cervical ou des troubles circulatoires dont peut souffrir le travail d'involution.

Stratz a présenté, en mars 1886, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Berlin, une préparation anatomique qui montre

(1) Czerny, *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, n° 3.

que la flexion, en apparence normale au début, ne siège pas au niveau de l'orifice interne, mais au-dessous de ce qu'on a appelé l'anneau de contraction, c'est-à-dire dans le segment inférieur de l'utérus lui-même.

Il faut distinguer l'antéflexion qui survient dans les ***premiers temps des couches et subitement,*** de celle qui se produit ***plus tard et petit à petit*** et qui est liée à la régression puerpérale.

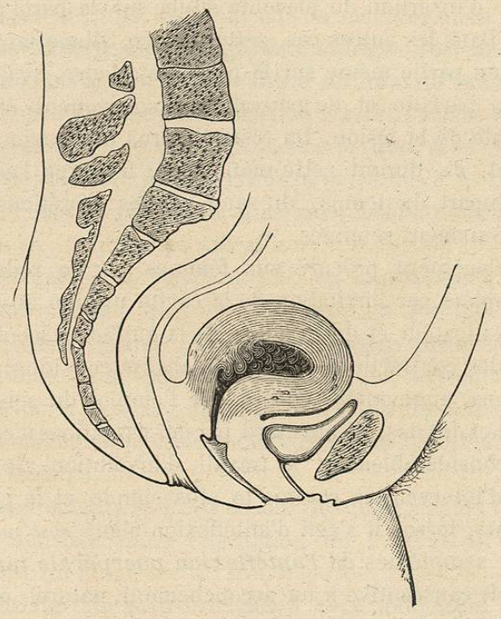

Fig. 39. — Antéflexion de la matrice consécutive à une subinvolution de la surface d'insertion du placenta sur la paroi utérine postérieure. D'après E. Martin (*Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, I, 1872).

I. Pendant mon internat à la Maternité, j'ai observé sur plus d'un millier d'accouchées, 1/2 0/0 de femmes atteintes ***d'antéflexion aiguë.*** Les femmes étaient prises tout à coup de strangurie; pendant les efforts tentés pour satisfaire le besoin d'uriner, il se produisait des hémorrhagies profuses qui épuisaient les malades. Sous l'influence de la douleur et de la dépression des forces, celles-ci semblaient tombées dans un collapsus pro-

BIBLIOTECA

fond. L'exploration m'apprit que l'utérus encore très volumineux avait glissé, plus tôt que cela n'arrive physiologiquement, le long de la symphyse dans le petit bassin, et qu'il remplissait toute l'excavation pelvienne, le col s'arc-boutant fortement contre la courbure du sacrum. L'introduction du doigt dans le corps, introduction qui ne se faisait pas sans difficulté, en raison de la régression incomplète du col (du 3e au 5e jour), permit de constater, dans plus de la moitié des cas, une involution imparfaite de la surface d'insertion du placenta située sur la paroi postérieure (fig. 39). Dans les autres cas, cette surface, située tantôt sur les côtés ou en partie même sur la paroi antérieure, avait subi une involution parfaite et ne pouvait par conséquent être rendue responsable de la lésion. Du reste l'utérus fut toujours replacé facilement, et, durant cette manœuvre, le corps laissa échapper, la plupart du temps, du sang et des sécrétions lochiales qui s'y trouvaient retenues.

Le soulagement procuré aux femmes par le redressement, était complété par l'irritation de la cavité utérine au moyen du doigt investigateur et du grattage de la surface placentaire. Il en résultait des contractions énergiques du système musculaire. Ces contractions, augmentées encore par l'emploi du seigle ergoté, des douches froides, et plus tard par des irrigations d'eau chaude, hâtaient considérablement le travail d'involution. Je considère ce mode d'intervention comme le plus simple et le plus fécond en résultats, lorsqu'il s'agit d'antéflexion aiguë *post partum*.

II. Les symptômes de ***l'antéflexion puerpérale tardive,*** que celle-ci soit consécutive à un accouchement naturel ou prématuré, n'acquièrent leur intensité que graduellement. L'interruption prématurée de la grossesse semble avoir une influence spéciale sur la tendance à l'involution pathologique. Les sensations douloureuses deviennent de plus en plus vives au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'époque des couches; voilà pourquoi ce n'est qu'après des semaines et des mois que les femmes viennent vous consulter (trop tard, hélas!) sur la difficulté qu'elles éprouvent à uriner et surtout sur la persistance de ces troubles, qu'à l'époque des couches elles avaient considérés comme n'ayant rien que de naturel. A ces troubles s'associent une sensation de

pression sur le périnée et de pesanteur dans les parties génitales, quelquefois aussi la sensation si pénible de la réplétion rectale. Toutes ces femmes présentent également des lochies très abondantes et des métrorrhagies profuses.

A l'examen local, on constate que le corps utérin, mal revenu sur lui-même, pèse lourdement sur le cul-de-sac vaginal antérieur qu'il refoule.

Ce n'est que difficilement que le doigt rencontre le col, aussi peu involué que le corps, dans le cul de sac postérieur; il est tantôt fléchi sur le corps à angle aigu, tantôt dirigé directement vers le sacrum. En général, malgré un calibre suffisant du canal cervical, le doigt ne pénètre que péniblement à travers l'orifice interne.

L'étiologie est-elle pour tous les cas celle que mon père (1) a trouvée incontestable dans certains d'entre eux? Je ne puis me prononcer sur ce point, car, dans mes observations personnelles, je n'ai pas toujours pu affirmer avec précision le siège de l'insertion placentaire. Cependant j'ai vu moi-même quelques faits aussi probants que ceux de mon père, ce qui me permet de maintenir son assertion. Cela ne m'empêche pas d'admettre que souvent aussi l'antéflexion pathologique soit le résultat d'une subinvolution de la matrice, de la rétention de lambeaux volumineux de la caduque ou encore de conditions extérieures non inhérentes à l'utérus.

Quant au traitement, se fût-il écoulé des mois depuis l'accouchement, il consiste dans l'excitation de l'utérus au travail d'involution.

Lorsqu'il existe des métrorrhagies à type menstruel qui ne sont pas abondantes au point d'exiger une intervention immédiate, lorsque les sécrétions sont modérées et que les souffrances, quoique prononcées, ne nécessitent pas le repos au lit, je commence d'habitude par administrer le seigle ergoté (3 grammes en trois fois d'heure en heure pendant trois jours consécutifs, ou bien l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, XV gouttes quatre fois par jour) (2); en même temps, je prescris des irrigations

(1) *Loc. cit.*, p. 114.
(2) Schatz, *Naturf. Versamml.* Fribourg, 1883. — *Arch. f. Gyn.*, tome XXIV.

BIBLIOTECA

vaginales avec de l'eau à 40°. Je stimule les fonctions de nutrition et je fais prendre tous les soirs un bain de siège avec une décoction d'écorce de chêne.

Ce traitement est, en général, suivi très rapidement et pour longtemps de la disparition des accidents.

Ce n'est que rarement qu'il ne réussit pas. L'utérus reste alors flasque et volumineux, la leucorrhée persiste, les hémorragies continuent, et ni les douleurs ni le ténesme ne cèdent. Il n'y a plus dans ces cas qu'à faire le grattage de la cavité utérine, tel qu'on le pratique d'emblée en cas de métrorrhagies profuses. Pour cela, on avait jadis l'habitude de dilater préalablement le col; aujourd'hui on arrive plus simplement et plus promptement au but par l'emploi de la curette et une injection consécutive avec du perchlorure de fer. Je joins au curettage les irrigations d'eau à 40°, autant pour évacuer l'excès de liqueur ferrique que pour irriter fortement les parois utérines. Je lance le liquide chaud, d'abord et pendant quelques instants seulement, dans la cavité utérine; puis je dirige le jet vers le cul-de-sac vaginal, jusqu'à ce que le changement de consistance de la matrice m'indique clairement l'entrée en contraction de sa tunique musculaire. Jusqu'à présent j'ai toujours vu l'utérus diminuer de volume sous l'influence de ce traitement; ce qui fait que je n'ai besoin d'appliquer des pessaires vaginaux ou intra-utérins, ni dans cette dernière forme d'antéflexion ni dans les précédentes.

b. — Rétroversions et rétroflexions.

Les versions et les flexions de l'utérus en arrière sont bien autrement importantes que les déviations en avant. Contrairement à celles-ci, dans lesquelles l'attitude pathologique n'est qu'une exagération de la flexion normale, dans les déviations en arrière l'axe utérin est incurvé dans un sens absolument opposé à sa direction physiologique. Partant de ce principe, il serait rationnel de considérer comme un phénomène morbide et de traiter comme tel n'importe quelle rétroversion, n'importe quelle rétroflexion. Je n'ai pu cependant, dans ces dernières années,

me décider à agir ainsi. Tout en admettant qu'on est en droit de combattre les déplacements en arrière pour eux-mêmes, je ne puis laisser ignorer que maintes fois j'ai trouvé des versions et des flexions de ce genre qui ne se révélaient par aucun symptôme, et ne constituaient qu'un état morbide génital tout à fait secondaire. D'autre part il est impossible de nier que des femmes atteintes de rétroflexion à manifestations douloureuses, auxquelles on a redressé et maintenu l'utérus au moyen d'un pessaire, se sentent absolument guéries, même alors qu'au bout de quelques mois vous enlevez l'instrument et que la matrice reprend sa direction primitive.

Quoiqu'il en soit, je ne traite plus depuis longtemps les cas dans lesquels la symptomatologie est nulle; je n'interviens localement que quand les changements de forme et de situation de l'utérus sont manifestement connexes avec les souffrances de la patiente.

Je ne fais pas comme certains auteurs qui différencient nettement la rétroversion de la rétroflexion. Version et flexion donnent lieu à des symptômes à peu près identiques; et j'ai vu fréquemment la version se transformer en flexion à la suite de circonstances bien déterminées, presque physiologiques. Rien que l'état de réplétion considérable de l'intestin peut opérer cette transformation, et cependant cette dernière ne donne pas lieu à de nouvelles souffrances; il y a simplement exagération des signes préexistants.

Toutes deux, la version et la flexion, peuvent exister tantôt sans occasionner le moindre malaise, tantôt en provoquant des douleurs extrêmement violentes. Dans l'étude qui va suivre nous ne séparerons pas les deux genres de déviation.

1. ***Rétroflexions congénitales ou acquises en dehors de la puerpéralité.*** — L'existence de la rétroflexion congénitale a été démontrée par les recherches de *C. Ruge* (1) et d'autres (fig. 40); on l'observe cependant rarement chez les adultes. Elle ne se traduit généralement par des manifestations symptomatiques qu'à

(1) *Zeitschr f. Geb. u. Gyn.*, tome I. — WINCKEL. *Lehrb.*, p. 337.

BIBLIOTECA

l'époque de la menstruation. Sur les huit cas d'adultes que j'ai eus sous les yeux, l'apparition des symptômes fut postérieure à l'époque de la puberté. Les femmes chez lesquelles j'ai pu constater cette infirmité avaient l'air robuste et appartenaient pour la plupart aux classes élevées; le développement seul de l'appareil génital était en retard, ainsi que nous pûmes nous en convaincre par l'exploration.

Chez toutes, sauf une, la menstruation était très douloureuse ;

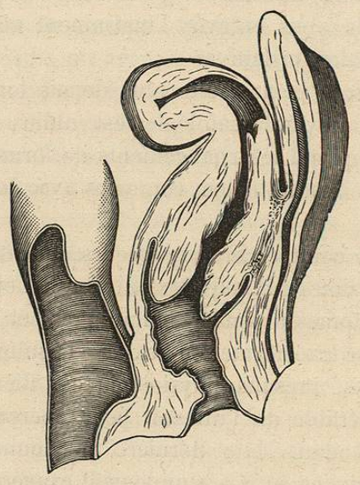

Fig. 40. — Rétroflexion utérine congénitale. D'après C. Ruge.

les règles étaient de longue durée et très copieuses. Chez celle qui ne souffrait pas pendant l'époque cataméniale (une jeune demoiselle noble de la Courlande), l'écoulement sanguin était d'une abondance extraordinaire. Chez toutes, le corps de l'utérus était petit, le col long et mince. En somme on rencontrait là le type de l'utérus infantile. Toutes aussi présentaient des troubles digestifs prononcés qui influençaient d'une façon fâcheuse la santé générale ; la plupart d'entre elles se plaignaient de difficulté de la marche ; quelques-unes souffraient surtout quand elles croisaient les jambes. Trois de ces malades étaient mariées et stériles ; dans deux cas, le corps de la matrice avait à

la longue augmenté de volume, peut être à la suite d'excitations sexuelles exagérées ou de catarrhes et d'autres affections concomitantes, peut-être encore à la suite de désordres circulatoires. Toujours j'ai trouvé l'utérus assez mobile, ce qui facilitait le traitement local.

Le ***diagnostic*** est souvent fort difficile, car les parois abdominales rigides de la vierge entravent le palper hypogastrique et par conséquent l'exploration combinée. C'est dans ces circonstances qu'il faut appeler à son aide le toucher rectal, surtout si le doigt introduit dans le vagin et glissant le long de l'utérus ne donne aucun renseignement précis. J'ai été obligé fréquemment d'avoir recours au chloroforme. Le cathétérisme pratiqué avec une sonde dont on aura eu soin, à partir de l'orifice interne, de tourner la concavité en arrière, contrôle les résultats de l'examen manuel et rend compte de la disproportion des longueurs respectives du corps et du col.

Le ***pronostic*** de la rétroflexion congénitale n'est pas précisément favorable. On réussit bien à remédier aux symptômes, mais on ne doit guère avoir l'espoir de guérir la déviation elle-même.

Une indication majeure du ***traitement*** consiste dans la stimulation du développement général. Il s'agit tout d'abord de s'opposer aux ménorrhagies contre lesquelles l'ergot de seigle et les moyens analogues restent souvent impuissants. La diminution de l'écoulement est parfois obtenue par le redressement et le maintien de la matrice à l'aide d'un simple pessaire vaginal; mais quelquefois cela est insuffisant, parce que la rigidité de l'utérus infantile permet bien le déplacement du col vers le sacrum, mais n'empêche pas la reproduction de la rétroflexion du corps.

Le redressement et le maintien de l'organe dans sa position physiologique, voilà le but de la thérapeutique. Or, le redressement bi-manuel rencontrant de grands obstacles dans l'étroitesse des parties presque toujours virginales, je m'adresse encore exclusivement à la sonde. Mon procédé n'a jamais eu de conséquences fâcheuses; au contraire, cette manière de replacer la matrice m'a paru être, à moi aussi bien qu'aux patientes, la plus facile et la moins douloureuse. Le plus souvent la rétroflexion persiste et tout essai de contention échoue. Dans ces cas, un pes-

BIBLIOTHECA

saire intra-utérin est indispensable pour maintenir la rectitude de l'organe. J'ai parlé plus haut (page 83), en traitant de l'aplasie de l'utérus, du choix de ces instruments et de la manière de les introduire. Si, malgré le pessaire, l'utérus tombe à nouveau en rétroflexion, on rapprochera le col du sacrum à l'aide d'un anneau de *Hodge*, afin de produire ainsi une antéflexion durable du corps utérin.

Lorsque cependant on a quelque raison pour ne pas employer ce procédé, on fait bien d'aller à l'encontre des ménorrhagies en pratiquant des scarifications quelques jours avant les règles. Il faudra employer largement aussi les injections d'eau chaude à 40°, qui constituent l'un des meilleurs moyens à opposer à l'hyperhémie de la muqueuse et à l'hémorrhagie.

Evidemment les résultats de ce mode de traitement ne sont pas toujours immédiats ni infaillibles. Bien souvent on est obligé de continuer les soins pendant des années; d'autres fois encore il se produit des accidents intercurrents qui rendent toute prolongation du traitement impossible. Dans les cas où le traitement a pu être continué pendant quelques mois sans interruption, j'ai observé non seulement la suppression de tout symptôme morbide, mais encore la guérison de la lésion elle-même. La preuve en est que plusieurs femmes atteintes de cette infirmité, après avoir été stériles pendant de longues années, durent à ce traitement local la joie de devenir grosses et d'accoucher à terme. Alors même que la rétroflexion — comme cela est arrivé dans d'autres cas — ne disparut pas complètement, les hémorrhagies devinrent peu à peu moins abondantes, et la santé générale s'améliora, grâce à des soins appropriés et à l'emploi convenable des moyens indiqués, grâce encore à des cures d'eaux thermales.

Le développement anormal du col, surtout dans sa partie sus-vaginale, peut se produire aussi dans la rétroflexion congénitale; et il n'est pas rare de le voir survenir, dans ces cas, à la suite d'un catarrhe cervical. Par contre je n'ai pas encore rencontré jusqu'ici de cas où un utérus, auparavant normal, soit tombé en rétroflexion consécutivement à un catarrhe de ce genre et uniquement de par lui.

2. ***La rétroflexion de l'utérus gravide*** se présente à peu près 10 ou 12 fois à mon observation parmi les 2,400 malades environ que, depuis quelques années, je traite comme gynécologue. Il s'agit pour la plupart de cas légers dans lesquels, après des malaises plus ou moins prononcés, la réduction s'opère spontanément. Les cas graves sont plus rares; ils sont accompagnés de symptômes d'incarcération et de leurs conséquences si désastreuses (1).

Il n'est pas douteux que la rétroflexion de l'utérus gravide soit le plus souvent le résultat de la fécondation d'un utérus déjà rétrofléchi.

Cette rétroflexion spéciale ne se développe que très rarement d'une façon aiguë dans les cas d'utérus normal, et lorsqu'elle se produit, c'est à la suite d'un ébranlement violent, par exemple d'une chute sur le siège.

Lorsque la matrice rétrofléchie a été fécondée, l'augmentation graduelle de volume qu'elle subit fait que son corps s'élève petit à petit au-dessus du petit bassin; et, la plupart du temps, la grossesse suit son cours sans donner lieu à d'autres symptômes que des difficultés de la miction et de la défécation. C'est à peine si la femme, dans ces cas, se sent moins à l'aise que lorsque l'utérus est normal; le soulagement devient, du reste, complet dès que l'organe en gestation quitte le petit bassin pour remonter dans la grande cavité pelvienne,

Il y a plus; ***la grande majorité de ces rétroflexions échappe à l'observation médicale.*** Nous voyons des femmes que nous savons, de par un examen antérieur, être atteintes de cette infirmité, et qui nous racontent qu'elles sont devenues enceintes et que leur grossesse, quoiqu'accompagnée de signes de déviation utérine, a eu cependant un cours très naturel.

Chez un petit nombre de femmes grosses, au contraire, il survient des phénomènes d'enclavement, sans que la configuration du bassin ou le développement de l'utérus puissent être invoqués comme une cause immédiate de la non-ascension de la matrice.

A ***l'examen anatomique*** on trouve l'utérus en rétroversion, le

(1) Mon père a collationné un grand nombre de ces cas graves dans sa monographie intitulée : *Flexions et versions utérines*.

BIBLIOTECA