

peut être décidé avec les documents que nous possédons. Puis, que sont devenues ces malades? Valleix ne connaissait le résultat de la plupart que huit mois après le traitement. N'y a-t-il pas eu de rechutes?

Sur les 8 autres cas, nous trouvons, comme résultats, des succès, des rechutes rapides, des inflammations utérines et péri-utérines. Dans 3 cas, ces inflammations paraissent avoir eu même une certaine intensité.

Enfin, dans tous les faits, on signale comme conséquences de l'application des redresseurs, les douleurs, les menstrues plus rapprochées, plus abondantes; enfin de véritables métrorrhagies.

Je ne parle pas d'accidents plus graves que Valleix n'a pas observés, mais qui l'ont été par d'autres.

Voici maintenant ce que j'ai observé relativement au traitement de l'antéversion, et ce que je fais en pareille circonstance.

Toutes les fois que l'antéversion est médiocre et sans engorgement de l'utérus, elle ne produit aucun accident, et je pense qu'il vaut mieux la laisser tranquille que de la combattre activement.

Toutes les fois que l'antéversion est considérable et toujours sans lésions utérines, elle ne produit aucun accident; mais, par sa longue persistance, elle peut amener des congestions utérines; ou, si elle ne produit pas ce résultat, elle prédispose au moins singulièrement les femmes à contracter des inflammations chroniques du col et du corps de l'utérus.

En pareil cas, je conseille les injections froides, ou mieux encore les douches froides, qui, si elles ne redressent pas complètement l'utérus dévié, ont au moins l'avantage de prévenir ces complications phlegmasiques qui se développent avec tant de facilité chez les femmes atteintes de déviations utérines, et produisent alors des phénomènes morbides qui n'existaient pas avant.

Lorsque l'utérus est le siège d'une antéversion accompagnée d'un engorgement inflammatoire, on doit diriger tout le traite-

ment contre l'inflammation chronique du col ou du corps de l'utérus.

S'il y a des cautérisations à effectuer, on commence par redresser l'utérus à l'aide de la sonde utérine, puis sans retirer l'instrument, on introduit le spéculum plein avec lequel on embrasse facilement le col. On peut alors effectuer facilement des cautérisations qu'on n'aurait pu faire, si l'on n'avait préalablement opéré ce redressement pour faire pénétrer le col dans l'extrémité du spéculum.

Les douches froides sont d'un puissant secours dans le traitement des engorgements inflammatoires compliqués de déviations. Non-seulement elles combattent directement la maladie, mais encore elles contribuent à effectuer le redressement de l'utérus dévié et surtout à faire disparaître l'abaissement.

Une fois l'engorgement inflammatoire guéri, tous les symptômes disparaissent, et l'utérus se trouve ou redressé spontanément, ce qui est le cas le plus commun, ou dans un certain degré d'antéversion, mais sans manifestation de phénomènes morbides. Alors on continuera encore, pendant un temps assez long, les douches froides, ou au moins les injections froides énergiques, qui achèveront de dissiper le mal, diminueront toujours un peu et progressivement l'antéversion, et enfin préviendront surtout le retour de nouveaux engorgements inflammatoires.

II. Rétroversion.

On entend par *rétroversion* cet état de l'utérus dans lequel l'organe a subi un changement notable dans sa direction. Le corps de l'organe est porté en arrière, quelquefois jusque dans l'excavation du sacrum, et le col en avant, de manière à correspondre et à venir s'arc-bouter contre la symphyse pubienne et même la paroi postérieure de la vessie.

La rétroversion peut exister à des degrés très divers, depuis un léger renversement du corps en arrière jusqu'à une bascule

complète, le corps étant dans l'excavation sacrée sur un plan situé plus bas que celui du col placé en haut.

Dans la rétroversion, il est extrêmement rare que l'utérus soit sain et sans aucune altération. C'est un fait, du reste, que Valleix n'avait pu méconnaître, et, dans ses *Leçons sur les déviations de l'utérus*, il dit avoir trouvé, chez presque toutes les malades, des engorgements inflammatoires chroniques du corps ou du col de l'utérus, circonstance que j'ai été également à même de constater fréquemment.

ARTICLE I. — Étiologie de la rétroversion de l'utérus.

La rétroversion était considérée autrefois comme la déviation la plus fréquente. On est un peu revenu maintenant de cette idée, et l'on tend à la considérer comme moins commune que l'antéversion. Valleix a observé 21 cas d'antéversion et 10 seulement de rétroversion pendant le temps qu'il a consacré à l'étude des déviations de l'utérus.

Age. — C'est de vingt-quatre à trente-six ans qu'on l'observe le plus communément, âge où l'on rencontre également les inflammations chroniques du col de l'utérus. Il est rare, pour la même raison, de trouver cette déviation à l'âge critique et surtout après cette dernière période.

La constitution, le tempérament, les conditions hygiéniques, n'ont semblé présenter aucune prédisposition à la rétroversion.

Accouchements. — Les accouchements ont une influence sur le développement de la rétroversion : c'est souvent à leur suite qu'on s'aperçoit de l'existence de cet état morbide ; mais il faut qu'entre l'accouchement et cette déviation il soit venu se placer un fait pathologique, le développement d'une inflammation aiguë ou chronique consécutive à l'accouchement. C'est alors à la suite de cette phlegmasie chronique que se produit la déviation. Valleix, sur 10 cas, a vu 6 fois la rétroversion survenir après un accouchement.

Les *chutes* ne sont pas sans exercer une influence notable ; aussi Valleix, sur 10 cas, a trouvé que 2 fois une chute sur le

siège avait provoqué le développement de la rétroversion, 1 fois une chute à la suite d'une course rapide. Il est probable que dans ces trois cas il existait préalablement un engorgement du corps ou du col de l'utérus. Nous manquons de documents pour décider la question.

Pour moi, les *lésions antérieures* aiguës ou chroniques du corps ou du col de l'utérus sont les véritables causes de la rétroversion portée à un degré notable. Sans aucun doute, cette déviation à un degré léger peut exister sans lésion organique ; mais alors elle ne détermine aucun accident, aucun phénomène morbide.

Certaines lésions de l'utérus peuvent-elles déterminer plutôt la rétroversion que d'autres déviations. On peut dire oui, et voilà ce qu'il y a de plus probable à cet égard.

Lorsqu'il y a un engorgement simultané du corps et du col de l'utérus, il est difficile de dire si une rétroversion ou une antéversion se produira ; ce sera la direction normale primitive de l'organe, la nature des efforts que les malades sont habituées à faire, qui occasionneront plutôt telle ou telle de ces deux déviations.

Dans le cas d'engorgement seul du col, c'est plutôt un simple abaissement qui se produit, et les déviations consécutives en avant ou en arrière sont subordonnées à des conditions qu'il n'est pas toujours facile de déterminer.

La métrite chronique, circonscrite à la paroi postérieure de l'utérus, localisation qui n'est pas rare, qu'elle s'accompagne ou non d'un état phlegmasique semblable du col de l'utérus, est une des causes les plus positives de la rétroversion.

ARTICLE II. — Symptomatologie de la rétroversion de l'utérus.

Le début de la rétroversion est en général lent et progressif ; la circonstance suivante peut cependant se présenter.

Une femme a une simple inflammation chronique du corps ou du col de l'utérus ; il existe un certain nombre de symptômes, mais ils sont d'une médiocre intensité. Eh bien, si une rétro-

version de cet organe déjà malade se produit à la suite d'une chute, d'une course rapide, d'un effort, etc., il pourra alors se faire que les symptômes, peu caractérisés avant, prendront tout d'un coup une intensité anormale. Ce mode de début n'est pas très rare.

Troubles fonctionnels proprement dits. — On peut dire d'une manière générale que les symptômes donnés par tous les auteurs qui se sont occupés de la rétroversion, et spécialement par Valleix, sont exactement les mêmes que ceux indiqués pour les simples engorgements inflammatoires chroniques du corps et du col de l'utérus. Aussi je ne pense pas qu'il soit utile de donner de nouveau cette description, car la similitude est complète et absolue; mais il y a cependant quelques caractères spéciaux qui permettent d'annoncer d'avance que tel engorgement inflammatoire est plutôt simple qu'accompagné de rétroversion. Ces caractères sont au nombre de cinq :

1° Dans les engorgements chroniques du corps ou du col de l'utérus, les symptômes sont plus nets, plus accentués, plus intenses, quand ils sont accompagnés de rétroversion que quand cette dernière déviation n'existe pas.

2° Il existe une douleur spontanée augmentant par la marche, les efforts, et correspondant spécialement au périnée.

3° On constate souvent chez les femmes qui en sont atteintes un sentiment d'expulsion anale; il semble qu'elles ressentent un corps étranger qui tend à sortir par l'anus.

4° On remarque une constipation beaucoup plus opiniâtre, beaucoup plus rebelle que dans les engorgements chroniques simples et que dans les antéversions.

5° Les écoulements pathologiques paraissent plus abondants et plus caractéristiques que dans les engorgements inflammatoires accompagnés d'antéversion.

EXAMEN PHYSIQUE. — Spéculum. — Le spéculum introduit directement dans le vagin montre, quand la rétroversion est peu considérable, la lèvre postérieure seule du col; à un degré plus avancé, sa face postérieure; enfin, à un degré plus avancé,

la face postérieure du corps de l'utérus lui-même. Pour faire pénétrer le col dans l'extrémité du spéculum, on dirigera le bout interne de l'instrument en haut, en abaissant fortement en bas et en arrière le manche de l'instrument. Cette pénétration est quelquefois difficile, et il faut déprimer même assez fortement le périnée.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal renseigne parfaitement sur la position relative du corps et du col de l'utérus; il permet de reconnaître la présence du corps de l'utérus dans l'excavation du sacrum, et celle du col en haut et en avant, l'augmentation du volume et du poids de l'organe, ainsi que la sensibilité anormale dont il est le siège.

Le *toucher rectal* vient confirmer les données fournies par le toucher vaginal; il démontre la présence du corps de l'utérus, dont le doigt peut alors toucher le fond à travers la paroi antérieure du rectum.

Cathétérisme utérin. — Le cathétérisme utérin est indispensable à pratiquer pour constater la mobilité de l'utérus et l'espèce de déviation que cet organe a subie. Pour redresser l'utérus, il faut introduire la sonde, sa cavité dirigée en arrière et en bas; alors on abaisse la sonde jusqu'au périnée, la concavité regardant toujours en arrière; le redressement opéré, on peut retourner la sonde de manière que la concavité regarde ensuite en avant.

L'emploi de la sonde utérine dans la rétroversion est rarement douloureux, à moins que l'engorgement inflammatoire dont l'organe est le siège soit un peu considérable, ou ait un certain degré d'acuité.

ARTICLE III. — Marche, durée, terminaison, diagnostic et pronostic de la rétroversion de l'utérus.

La *marche*, la *durée*, la *terminaison* de la rétroversion sont entièrement subordonnées à celles de l'engorgement inflammatoire qui l'accompagne. On peut seulement dire que l'existence simultanée de la déviation tend à rendre la phlegmasie plus

tenace, plus rebelle, et quelquefois à perpétuer son existence d'une manière indéfinie. On se trouve en effet dans une espèce de cercle vicieux; l'engorgement inflammatoire a produit la rétroversion, et, d'un autre côté, l'existence de la rétroversion tend à rendre l'engorgement plus tenace, plus persistant et plus rebelle.

Le *diagnostic* ne présente pas de difficultés; il est surtout basé: 1° sur la position nouvelle de l'utérus constatée par le toucher; 2° sur la conservation de la mobilité de l'utérus; 3° sur la possibilité de son redressement.

Le *pronostic* ne présente pas de gravité; il rend seulement, ainsi que je le disais, les engorgements inflammatoires concomitants plus rebelles et plus tenaces.

ARTICLE IV. — Traitement de la rétroversion de l'utérus.

Toutes les fois que l'existence d'une rétroversion est annoncée chez une femme par des phénomènes morbides spéciaux, c'est, ainsi que j'ai déjà eu plusieurs fois occasion de le dire, que cette rétroversion est accompagnée d'engorgement inflammatoire primitif ou consécutif.

Dans les deux cas, la première indication à remplir est de combattre ces engorgements inflammatoires par les moyens appropriés.

Les cautérisations se présentent en première ligne; or, pour pratiquer une cautérisation, le médecin cherchera à embrasser le col utérin dans toute son étendue, et à le faire pénétrer dans l'extrémité du spéculum, en exécutant avec cet instrument le mouvement de bascule un peu exagéré que j'ai indiqué plus haut.

Si l'on échoue, il faut commencer par redresser l'utérus au moyen de la sonde utérine placée dans la cavité du col en la guidant sur le doigt indicateur; alors on introduit un spéculum plein dont on laisse traverser le centre fictif avec la sonde; on pénètre ainsi très facilement jusqu'au col que l'on étroit

dans l'extrémité du spéculum; on cautérise et on laisse ensuite l'utérus abandonné à lui-même reprendre pour quelque temps encore la déviation qu'il présentait avant le redressement.

En même temps que l'emploi des cautérisations, on administre, non plus des injections froides, mais de véritables douches froides données avec l'un des appareils décrits tome I^{er}, pages 351 et 352. Ces douches froides favorisent la résolution de l'engorgement inflammatoire, diminuent l'abaissement de l'utérus qui existe en même temps, et contribuent à diminuer beaucoup le degré de la rétroversion qui se trouve quelquefois guéri spontanément quand le traitement de l'engorgement inflammatoire est terminé. La guérison étant obtenue, je conseille de continuer pendant un certain temps l'emploi des douches utérines, afin d'achever le redressement et d'empêcher la reproduction ou la récurrence de l'inflammation chronique.

Lorsque la rétroversion a lieu sans engorgement inflammatoire du corps ou du col de l'utérus, il n'y a pas de traitement à faire: car elle ne s'accompagne pas de phénomènes morbides caractérisés.

III. Des latéroversions.

Les déviations latérales sont très communes, et cependant leur histoire est très mal connue. Valleix, dans ses *Leçons sur les déviations de l'utérus*, n'y a consacré que quelques lignes; Scanzoni n'en fait même pas mention. Aussi je m'étendrai peu sur ce sujet.

Les latéroversions constituent très souvent un état tout à fait physiologique, et qui ne traduit son existence par aucun phénomène morbide spécial.

Dans d'autres cas, les latéroversions ne sont que la conséquence d'autres états morbides développés dans le voisinage de l'utérus. On conçoit parfaitement que des tumeurs siégeant au côté gauche de l'utérus, et dans l'ovaire ou le tissu péri-utérin de ce côté, repoussent la matrice du côté opposé, c'est-à-dire

du côté droit; de même pour les tumeurs qui se développeraient dans la partie droite du bassin.

Un fait important sur lequel on doit insister, est que les latéroversions existent rarement seules, et qu'elles sont à peu près constamment unies à d'autres formes de déviations.

Les latéroversions peuvent souvent rendre compte de la prédominance de la douleur de tel ou tel côté, quand elle survient comme symptôme d'une affection utérine quelconque. En pareil cas, ou la douleur n'existe que dans la région inguinale du côté malade, ou bien elle est beaucoup plus forte du côté vers lequel s'incline l'utérus, fait observé le plus généralement, et qui n'est cependant pas constant. Valleix dit qu'il a vu le contraire se produire, et qu'on peut expliquer les cas dans lesquels la douleur prédomine du côté du siège de la latéversion par la pression du corps de l'utérus sur le plexus sacré et les nerfs qui en émanent, tandis que la douleur existant du côté opposé à l'inclinaison serait due au tiraillement des ligaments du côté sain.

D'après Valleix, la constipation est beaucoup plus fréquente dans la latéversion gauche que dans la droite, ce que la disposition anatomique des parties explique facilement.

Selon M. Dezanneau, les déviations latérales sont plus fréquentes à droite qu'à gauche; on conçoit qu'il puisse en être ainsi; en effet, d'après l'observation de Valleix, le rectum, étant situé à gauche, doit repousser l'utérus vers la droite, lorsque les matières fécales le distendent.

§ 2. Des flexions de l'utérus en général.

Les flexions de l'utérus ont été décrites pour la première fois par M. Ameline, qui leur a donné ce nom, et qui les considérait plutôt comme une complication assez fréquente des versions que comme une lésion à part. Valleix a donné une grande extension à leur étude, et c'est surtout à lui qu'on doit de les avoir bien fait connaître. Scanzoni y a consacré un chapitre

et a beaucoup contribué par ses recherches à permettre de faire une histoire complète des flexions. C'est à l'aide de ces documents divers et de nos propres recherches que nous allons en tracer l'histoire.

Nous avons déjà défini les flexions utérines, une flexion du corps de l'utérus sur le col, une véritable plicature de cet organe; on en connaît plusieurs espèces, l'*antéflexion* et la *rétroflexion* sont maintenant les seules admises. Les *latéroflexions* décrites par Valleix ne sont, suivant Scanzoni, que des anomalies congénitales dues au développement incomplet de l'un des ligaments ronds.

Avant de décrire les flexions pathologiques proprement dites, on doit se demander si cet état n'est pas lui-même bien souvent un état physiologique ou un simple phénomène cadavérique. Voici ce que les faits nous répondent. On avait dit depuis longtemps que l'utérus présentait une légère courbure en avant (antécourbure); M. Boulard d'abord, puis M. Aran, ont essayé d'établir que cette inflexion était plus qu'une courbure et qu'elle formait une véritable antéflexion. Pour ce dernier, cette antéflexion, souvent à angle aigu, existe chez la moitié des jeunes filles à peu près; à un âge plus avancé l'utérus se redresse, il ne reste plus qu'une simple antécourbure. Cette question, que nous discuterons de nouveau en parlant de l'antéflexion, n'a pas semblé résolue à tous les médecins. M. Houel, dans un grand nombre d'autopsies de jeunes enfants dont il a fait l'examen dans ce but, l'a observé quelquefois, mais dans une faible proportion. M. Depaul est arrivé à des conséquences plus curieuses et qui montrent que souvent les flexions ne sont qu'un phénomène purement cadavérique. Voici comment. Lorsque les femmes dont on fait l'autopsie ont les intestins remplis de gaz, on trouve l'utérus dans un état d'antéflexion: ce sont les intestins qui, par leur distension, produisent mécaniquement cet effet. Si, au contraire, ce qui est plus rare, on trouve à l'autopsie la vessie distendue par l'urine, on rencontre une rétroflexion cadavérique.

J'avais besoin de rappeler ces faits pour mettre en garde contre la facilité que l'on pourrait avoir à admettre des flexions pathologiques.

La flexion est le premier phénomène à constater, et il n'est pas difficile. S'il s'agit d'une femme qui a succombé, on trouve l'utérus fléchi sur le col, et formant avec lui un angle qui présente de très grandes variétés, depuis une simple inclinaison de quelques degrés jusqu'à la formation d'un angle aigu presque complet, et disposé de manière que le corps et le col utérins, fléchis l'un sur l'autre, soient devenus presque parallèles.

Le point où se fait ordinairement la flexion est au niveau de la jonction du corps et du col de l'utérus, dans une partie répondant un peu au-dessus de l'orifice interne du col utérin.

Lorsqu'il existe une flexion et qu'on essaye de redresser les parties fléchies, elles cèdent assez facilement, mais elles reprennent immédiatement la position qu'elles avaient avant la tentative de redressement.

Il est d'observation, Simpson et Valleix l'ont signalé, que les flexions sont, dans la plupart des cas, combinées avec une version qui s'opère presque toujours dans le même sens que la flexion. Ainsi une antéflexion se combine avec une antéversion, et une rétroflexion avec une rétroversion.

Les lésions qu'on peut trouver du côté de l'utérus sont propres à la flexion elle-même ou aux complications, qui ne manquent presque jamais d'exister.

Parmi les premières se trouvent l'état de l'angle de flexion, et l'influence que cet angle et l'éperon extérieur qui en résulte exercent sur la cavité utérine. Valleix s'était déjà beaucoup appesanti sur cette question, et cette étude faite avec soin l'avait conduit à cette conclusion, que la partie fléchie était toujours altérée, et que l'altération du tissu avait dû précéder la flexion. Scanzoni a repris cette question, et a certainement contribué à l'éclairer; suivant lui, la partie fléchie est d'une couleur jaunâtre qui contraste singulièrement avec la couleur rouge des parties environnantes. Cette partie jaunâtre

est en même temps plus lâche et manque d'élasticité; elle serait constituée par une dégénérescence graisseuse de son tissu. Je suis assez porté à admettre la réalité de cette transformation, mais je crois qu'elle n'est que consécutive, et qu'on ne doit la rencontrer que dans des flexions très anciennes; tandis que dans les flexions récentes, c'est une lésion évidemment de nature phlegmasique qui a précédé et qui a produit la flexion en ramollissant le tissu utérin.

D'après Virchow, il n'existerait jamais de ramollissement inflammatoire comme condition antérieure de la flexion. Le tissu musculaire conserverait toujours sa consistance et sa structure normales; il n'admet pas non plus la dégénérescence graisseuse du point de flexion signalée par Scanzoni. L'opinion de Virchow est surtout basée sur les observations faites chez les jeunes filles et les jeunes femmes; il s'agit principalement de l'antéflexion qui, à cet âge, peut être considérée comme physiologique; en pareil cas, on comprend qu'il puisse parfaitement en être ainsi, tandis que dans des flexions qui surviennent à une autre époque, dans d'autres conditions, et sur des utérus reconnus antérieurement sains, il en soit tout autrement.

On doit à Scanzoni d'avoir signalé l'influence de ces flexions anciennes sur les dimensions de la cavité utérine. Suivant lui, l'angle formé au point infléchi peut intercepter ou même boucher complètement l'orifice interne du col utérin, et des mucosités peuvent s'accumuler en plus ou moins grande quantité dans la cavité utérine qui a ainsi perdu sa communication avec l'extérieur. Ces mucosités s'y accumuleraient en d'autant plus grande quantité qu'il existerait en même temps que la flexion une inflammation chronique de la membrane muqueuse de la cavité du corps et de celle du col de l'utérus.

Les lésions indépendantes de la flexion, mais qu'on trouve en même temps qu'elles, sont les phlegmasies de l'utérus. On doit en effet à Valleix d'avoir signalé que dans presque tous les cas, il existe une augmentation de volume du col et du corps de l'utérus, une congestion sanguine plus ou moins in-

tense du tissu de l'organe, une induration ou un ramollissement de ces mêmes parties, enfin une inflammation chronique de la membrane muqueuse de la cavité du corps et du col utérins. Ces lésions phlegmasiques ont été aussi signalées comme constantes par Scanzoni; je les ai toujours trouvées dans les cas de flexion, et j'insiste sur leur existence, car elle a une grande valeur pour expliquer les phénomènes caractéristiques de cette affection.

Lésions en dehors de l'utérus. — Parmi ces lésions, on doit surtout signaler les adhérences, les brides, qui rendent plus ou moins immobile un utérus fléchi depuis longtemps. Dans la première période des flexions, ces brides manquent complètement, l'utérus a conservé sa mobilité; mais à une époque avancée on trouve souvent l'utérus adhérent. Ces adhérences sont le résultat soit de péritonites partielles, soit d'inflammations du tissu cellulaire péri-utérin survenues comme complications, et nullement le point de départ de la maladie.

Virchow, frappé de la fréquence de ces adhérences, avait émis l'opinion que les flexions de la matrice avaient, dans la plupart des cas, leur cause première dans des péritonites partielles. Les fausses membranes formées se rétracteraient, se raccourciraient peu à peu pendant leur métamorphose en tissu cellulaire, et entraîneraient avec elles le fond de l'organe soit en avant, soit en arrière.

Scanzoni combat l'opinion de Virchow; il fait observer d'abord que les brides peuvent manquer, ensuite que quand elles existent, elles n'ont pas la tension qu'elles devraient avoir si elles étaient causes de la flexion. Il pense enfin que ces adhérences, non-seulement sont loin d'être la cause unique des flexions, mais encore n'en sont ni la plus fréquente ni la plus importante. Cette opinion est fort juste, mais elle n'est pas assez absolue. Je suis convaincu, d'après mes recherches anatomiques, qu'il est de toute impossibilité que des adhérences développées dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire péri-utérin puissent produire des flexions analogues à celles que

nous décrivons. On trouve trop souvent ces brides et ces adhérences sans qu'il existe aucune flexion, et des flexions sans adhérences, pour qu'on puisse admettre la réalité de cette cause.

D'après Scanzoni, les organes situés dans le voisinage d'une matrice fléchie présenteraient toujours quelques changements, soit dans leur position, soit dans leur texture. Ces lésions seraient les suivantes: une dilatation variqueuse des veines hémorrhoidales et vésicales; une inflammation catarrhale chronique de la membrane muqueuse de l'urèthre, de la vessie et du rectum; des péritonites partielles caractérisées par la formation de brides et d'adhérences; la propagation de l'inflammation catarrhale de la muqueuse utérine à la membrane muqueuse vaginale, d'une part, et d'une autre à celle des trompes.

On ne saurait contester la vérité de ces divers faits; mais n'a-t-on pas fait jouer à la flexion un rôle qu'elle ne comporte pas? Tous ces accidents, toutes ces lésions sont simplement le résultat de l'inflammation chronique de l'utérus. Or la question qui se présente est toujours la même, et elle n'est pas résolue. La flexion est-elle la cause de tous ces phénomènes graves, ou bien est-elle simplement le résultat et un des éléments morbides de l'inflammation chronique de l'utérus? J'avoue que Scanzoni mérite le même reproche que l'on a tant fait à Valleix. Oui, toutes ces lésions sont réelles, positives; mais elles sont le résultat d'un état phlegmasique chronique de l'utérus, qui les produit tout aussi bien et avec des caractères tout à fait semblables, avec ou sans flexion.

Je suis loin cependant de nier le rôle que peuvent jouer les flexions; je crois que ces lésions ne sont que le résultat d'une inflammation utérine chronique, mais qu'une fois survenues comme complications, elles en aggravent les symptômes et les caractérisent davantage. On peut appliquer aux flexions tout ce que nous avons dit des versions.

ARTICLE I. — Étiologie des flexions de l'utérus.

Si ce que nous avons établi précédemment est vrai, c'est-à-

dire si les flexions ne sont qu'une conséquence, qu'un des modes si variés des suites de l'inflammation chronique de l'utérus, il n'y aurait pas d'étiologie à faire ; on pourrait tout au plus se demander quelles sont les causes qui peuvent produire une flexion plutôt sur un utérus malade que sur un autre. Scanzoni cependant a étudié avec soin l'étiologie générale des flexions, et nous croyons utile de résumer brièvement ses idées à cet égard.

Age. — C'est de trente à trente-cinq ans que l'on observe le plus souvent les flexions, âge où les avortements, les accouchements, les inflammations utérines se montrent. On a bien rencontré quelquefois des flexions à l'autopsie de filles très jeunes et non pubères ; mais elles ne se traduisaient par aucun phénomène morbide spécial. Il en a été de même chez des femmes âgées, où aucun phénomène ne pouvait les faire soupçonner. D'après Scanzoni, l'absence de symptômes à ces deux âges de la vie est due à l'absence de la menstruation qui ne vient pas congestionner l'utérus chaque mois et ne peut donner, par conséquent, aux flexions les caractères qu'elles devraient avoir pour produire des accidents. Ne valait-il pas mieux dire que ces flexions ne produisent pas de symptômes, parce qu'elles ne peuvent en déterminer que lorsqu'elles se compliquent de l'élément phlegmasique ?

Les flexions s'observent spécialement chez les femmes mariées ou mariées prématurément, chez celles qui ont eu un grand nombre de couches, surtout quand ces couches ont été très rapprochées les unes des autres.

Les accouchements prématurés et les avortements sont encore des causes fréquentes de flexions, et ils produisent plus facilement cette lésion que des accouchements naturels.

A la suite d'un raisonnement qui ne s'appuie sur aucune statistique, Scanzoni dit qu'il lui est bien permis de conclure que l'on rencontre plus souvent la flexion chez les femmes qui ont été délivrées artificiellement une ou plusieurs fois que chez celles qui ont toujours mis au monde naturellement.

Je dirai la même chose de l'influence du lever trop tôt après l'accouchement, qui n'est admis que par induction.

Le même auteur admet que le défaut d'allaitement maternel peut être une cause de flexion ; il s'appuie sur le résultat suivant : 54 femmes atteintes de flexion utérine avaient mis au monde 196 enfants ; sur ce nombre, il n'y en eut que 57 qui jouirent de l'allaitement maternel. Je ne rapporterai pas ici l'explication toute théorique qui en est donnée ; je dirai seulement que si le fait était exact, la plupart des femmes de Paris auraient des flexions utérines.

Scanzoni résume de la manière suivante ce qui est relatif aux causes prédisposantes : « En résumé, on arrive nécessairement à la conclusion que les altérations des organes sexuels, dues à la grossesse, à l'accouchement et à l'état puerpéral, occupent la première place dans la série des causes qui produisent les flexions de l'utérus. » Je ne ferai qu'une observation : cette étiologie n'est que la répétition de toutes les causes prédisposantes que l'on assigne sans cesse à toutes les affections utérines, et qui sont tout aussi bien applicables aux inflammations chroniques de l'utérus qu'aux flexions.

Quant aux causes occasionnelles, l'absence de résultats étiologiques est absolument la même ; Scanzoni ne peut signaler aucune influence appréciable.

ARTICLE II. — Symptomatologie des flexions de l'utérus.

Existe-t-il une symptomatologie des flexions utérines ? C'est une question qu'on est en droit de se poser, et dont la solution est d'une importance notable. L'examen sérieux et le contrôle auxquels ont été soumis les travaux de Valleix sur les flexions aussi bien que sur les versions permettent de donner une solution nette de cette question. Voici, du reste, quels sont les résultats les plus généralement admis et ceux auxquels m'a conduit mon observation personnelle :

Il existe manifestement un certain nombre de flexions, les unes congénitales, les autres probablement acquises, qui ne se

révèlent par aucun phénomène spécial, qui ne traduisent pas leur existence par des symptômes appréciables, et qu'on ne trouve qu'à l'autopsie, ou bien, lorsque par suite d'une circonstance quelconque, on est appelé à toucher la femme qui en est atteinte. C'est un fait qu'aucun médecin ne saurait contester et que Valleix, Scanzoni admettent franchement.

A quoi tient cette absence des symptômes? A ce que ces flexions ne sont pas considérables et qu'elles ne sont compliquées d'aucun état morbide de l'utérus.

Ce fait peut être généralisé, c'est-à-dire qu'une flexion utérine sans complication de congestion ou d'état phlegmasique du tissu utérin ou de la membrane muqueuse ne se traduit par aucun phénomène morbide.

Mais l'inflammation aiguë ou chronique de l'utérus peut se développer chez les femmes atteintes de cette flexion aussi bien que chez d'autres. Je dirai plus, elle y apparaît même plus facilement sous l'influence de l'action des causes qui produisent en général cette maladie; alors seulement des symptômes annonceront, non pas la flexion préexistante, mais la maladie nouvelle qui est venue la compliquer; ils seront de même nature, plus accentués, plus nets et plus intenses que si la déviation n'avait pas existé, comme je vais le démontrer.

Une question subsidiaire est de savoir si la flexion seule, par suite de son existence, peut créer et développer d'emblée une inflammation utérine. Je ne le pense pas; je crois seulement qu'elle dispose les femmes qui en sont atteintes à contracter plus facilement ces phlegmasies.

Il existe une autre catégorie de flexions peut-être plus importante encore, dans laquelle une inflammation aiguë ou chronique de l'utérus se complique de flexion à une certaine époque de son existence: alors, la nature des symptômes ne change pas; seulement ils sont, comme dans les cas précédents, plus nets et plus accentués. On pourrait même dire que l'augmentation d'intensité des phénomènes morbides indique l'instant où la flexion s'est opérée. Observons toutefois

que cette complication ne se développe la plupart du temps que très lentement.

Tel est l'état actuel de la science, telles sont les opinions que je n'hésite pas à professer avec assurance. Il me reste maintenant à démontrer que Scanzoni, qui a le plus insisté sur la symptomatologie des flexions, a, comme Valleix pour les versions et les flexions, reproduit les symptômes de l'inflammation chronique de l'utérus.

Voici, du reste, un résumé de ces symptômes, extrait de Scanzoni:

« Coliques utérines plus ou moins violentes, ménorrhagies et métrorrhagies, écoulements leucorrhéiques, difficultés dans la miction et la défécation: tels sont les principaux symptômes que fait naître la présence d'une flexion de l'utérus. Ils sont en outre accompagnés, lorsque le mal est ancien, des accidents propres à l'hystérie et à la chlorose. »

Ne sont-ce pas là tous les symptômes d'une inflammation chronique avec ramollissement (état fongueux)?

Mais les détails sont plus explicites. Voyons d'abord pour les hémorrhagies, qui constitueraient peut-être un symptôme plus fréquent dans l'inflammation chronique avec flexion que dans l'inflammation chronique sans flexion.

D'après l'auteur, les règles sont irrégulières; l'hémorrhagie se reproduit à des intervalles plus rapprochés qu'à l'état normal; elles sont accompagnées de douleurs vives à l'hypogastre et à la région sacrée que la malade compare quelquefois aux douleurs de l'enfantement; souvent le sang est mêlé de petits caillots. Y a-t-il dans tout ceci quelque chose de spécial aux flexions? Je rappellerai que Scanzoni a trouvé dans tous les cas qu'il a observés des traces d'inflammation chronique, de tuméfaction avec ramollissement et ulcérations.

A ces symptômes viennent se joindre l'écoulement muqueux et le ténésme vésical, et tous les phénomènes caractéristiques d'une affection sympathique de l'estomac; plus tard, on voit l'anémie se développer avec tous ses caractères; enfin

on pourrait observer comme phénomènes consécutifs un marasme prématuré, un dégoût de la vie, et les affections internes les plus graves, telles que la phthisie pulmonaire.

Le tableau est empreint, à la fin surtout, d'une exagération singulière ; aussi l'auteur allemand ne peut-il s'empêcher lui-même de faire observer que les teintes de son tableau sont trop sombres :

« Au commencement de notre pratique, dit Scanzoni, nous étions nous-même du nombre de ceux qui, comme Kiwisch, Mayer, Simpson, Valleix et d'autres, ne pouvaient évaluer trop haut l'influence nuisible des flexions sur toute la constitution de la malade. Nous avons même qu'il nous en a coûté de renoncer à une opinion qui jusqu'à ce jour a été considérée, par un grand nombre de nos plus illustres confrères, comme l'un des plus grands progrès de notre science. Cependant, en face d'un si grand nombre de faits prouvant le contraire, il nous a été impossible de ne pas changer d'avis. Aussi sommes-nous aujourd'hui bien convaincu que les flexions de la matrice n'acquièrent quelque importance, ne sont suivies de dangers sérieux, que lorsqu'elles se compliquent d'une autre altération dans la texture de cet organe. »

Tout ceci est fort juste ; mais Scanzoni se fait simplement le champion d'une opinion nettement formulée en France par un certain nombre de médecins qui, depuis trois ans, n'ont cessé de la répéter. Au milieu de ces médecins, je puis aussi revendiquer ma part dans cette opinion que j'ai soutenue avec énergie dans mes leçons sur les *déviations de l'utérus*, publiées dans la *Gazette des hôpitaux* (1856). Il est malheureux pour Scanzoni que dans cette circonstance, comme presque toujours, il semble paraitre découvrir ce que beaucoup de médecins ont fait avant lui, et qu'il ne veuille citer aucun nom étranger.

En terminant l'étude de cette symptomatologie par une dernière citation de Scanzoni, rappelons que cette phrase n'est que la répétition et le résumé de ce qui est admis en France

depuis quatre ou cinq ans, et de ce que M. Aran et moi avons professé respectivement dans des leçons reproduites par la *Gazette des hôpitaux* :

« La flexion pure et simple sans complications peut exister, si ce n'est toujours, du moins souvent, sans suite fâcheuse pour la santé. Une foule d'autres observations nous ont appris qu'elle ne provoque de phénomènes morbides, soit locaux, soit généraux, que lorsqu'il vient s'y joindre une tuméfaction inflammatoire du corps de l'utérus, un relâchement et un ramollissement très prononcé avec hypersécrétion de la muqueuse, des ulcérations profondes du museau de tanche et des péritonites partielles réitérées. »

D'après Scanzoni (je ne suis point de son avis), la flexion amène avec le temps, presque nécessairement, des altérations dans la structure de la matrice. Voici l'ensemble des lésions qui, suivant lui, peuvent se développer.

La cause première des flexions utérines est le relâchement du tissu utérin survenu à la suite des accouchements, des avortements, etc., etc. Ce relâchement finit par amener d'abord un élargissement et une dilatation des vaisseaux qui produit une stase sanguine plus ou moins prononcée de l'organe. Cette dilatation et cette stase amènent un catarrhe chronique de la muqueuse. Le catarrhe chronique de cette membrane en produit le ramollissement, la rupture, l'ulcération ; de là les hémorragies qui constituent un symptôme si important dans les flexions. Les choses n'en restent pas là ; l'altération gagne le tissu utérin ; une exsudation interstitielle se produit, et il se développe un véritable *engorgement chronique*. Quelquefois les accidents sont plus violents, et c'est une véritable inflammation aiguë qui se manifeste.

Telles sont les altérations de texture que l'on peut observer au col de l'utérus, que je suis tout à fait porté à admettre, et que je ne pense pas pouvoir se développer sans une inflammation préalable tout à fait indépendante de la flexion. Du reste, Scanzoni lui-même est obligé d'avouer, en ter-

minant sa symptomatologie des flexions, que ces lésions ne sont bien souvent que la conséquence de phlegmasies utérines.

ARTICLE III. — Diagnostic des flexions de l'utérus.

La question du diagnostic ne pourra être traitée d'une manière complète qu'en nous occupant de l'*antéflexion* et de la *rétroflexion*; je me bornerai à établir quelques faits généraux.

Le toucher vaginal est le moyen de diagnostic le plus certain; il permet de constater l'existence de la flexion, son degré, sa nature, sa combinaison avec une version, enfin les complications diverses qu'elle peut présenter.

Le toucher rectal est beaucoup moins important pour le diagnostic des flexions que pour celui des versions simples; cependant il peut être de quelque utilité pour l'établir d'une manière plus certaine.

La sonde utérine est la plupart du temps inutile quand il s'agit d'établir le diagnostic d'une flexion. Bien plus, je la crois souvent dangereuse, car elle ne peut être utile qu'en permettant à l'opérateur de redresser momentanément l'utérus, et de constater ainsi le degré et l'intensité de la flexion; mais cela est souvent fort difficile. Je prétends que dans la plupart des cas de flexions compliquées d'un état phlegmasique de l'utérus, on briserait plutôt la sonde que de redresser l'utérus si l'organe résistait, ou bien qu'on déchirerait l'organe si c'était la sonde qui présentât un obstacle. Je me suis souvent trouvé en présence de ces deux difficultés, et j'ai dû renoncer à l'essai de redresser l'utérus, même momentanément, avec cet instrument.

On a pu confondre les flexions utérines avec l'engorgement inflammatoire chronique simple. Il faut, en effet, un examen quelquefois approfondi pour bien établir l'existence de la flexion, que le toucher digital permettra toujours, du reste, de reconnaître.

On les a confondues quelquefois avec des tumeurs fibreuses

encore peu volumineuses, et situées dans la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus. La saillie qu'elles déterminent pourrait faire croire à une flexion. L'absence de phénomènes inflammatoires permet d'établir le diagnostic; alors la sonde utérine, par les caractères négatifs qu'elle fera connaître, pourra être utile pour décider la question.

ARTICLE IV. — Marche, durée, terminaison des flexions de l'utérus.

On ne peut disconvenir que les flexions communiquent une rare ténacité à l'inflammation chronique qui les accompagne. Nul doute que cette inflammation chronique ne soit plus intense et plus rebelle aux divers modes de traitement, quand elle est compliquée de flexion que quand elle est simple; dans ce cas, on peut donc s'attendre à trouver une maladie longue, rebelle et sujette à des récidives, caractère des flexions accompagnées d'inflammation chronique. J'avoue franchement que ce sont les maladies de l'utérus que j'aime le moins à traiter; non-seulement elles ont une durée très longue, mais encore elles présentent des séries indéfinies d'augmentation et de diminution qui fatiguent beaucoup les malades.

Toutefois, lorsqu'on est parvenu à se rendre maître de l'état phlegmasique, on voit toujours la flexion diminuer d'une manière notable et quelquefois même disparaître complètement. La femme alors se rétablit parfaitement, et si elle conserve des traces de la flexion, elles ne se traduisent par aucun phénomène spécial. Il ne faut pas se dissimuler toutefois que les femmes qui ont eu une première atteinte de ces affections ne soient très disposées à les voir revenir.

Il y a des femmes qui sont tourmentées une partie de leur vie mensuelle par ces alternatives d'exacerbation, de rémission, de guérisons et de rechutes, et qui guérissent complètement et spontanément à l'âge critique, où l'on voit les inflammations chroniques de l'utérus guérir spontanément; mais la

flexion peut persister après la disparition de cette lésion phlegmasique.

ARTICLE V. — Pronostic des flexions de l'utérus.

Les flexions utérines ne constituent pas une lésion morbide grave par elle-même; mais en raison des complications qu'elles peuvent présenter, il n'est pas impossible qu'elles le deviennent. C'est surtout lorsqu'on les voit se compliquer de phlegmasies péri-utérines, d'ovarites, de péritonites, que les flexions peuvent devenir graves en augmentant l'intensité des accidents, en rendant plus tenaces ces affections; alors on a pu quelquefois observer des terminaisons fâcheuses.

ARTICLE VI. — Traitement des flexions de l'utérus.

La première question qui se présente est la suivante :

Faut-il traiter une flexion utérine d'une manière spéciale et par des moyens appropriés, ou doit-on la considérer comme une lésion secondaire dont on doit peu s'occuper ?

Cette question, de même que pour le traitement des déviations simples de l'utérus, a été résolue d'une manière fort différente par les médecins qui se sont occupés de ce sujet. Pour les partisans des redressements, et en particulier Simpson, Valleix, Kiwisch, il est nécessaire de combattre d'abord les lésions phlegmasiques qui accompagnent la flexion, et ensuite d'opérer le redressement. Deux procédés peuvent être employés pour arriver à ce second résultat. Le premier est la *sonde utérine* que, chaque jour, on introduit pendant quelques instants dans l'utérus en opérant le redressement. D'après Valleix, on a pu obtenir ainsi des redressements complets, et si on ne les obtient pas, on prépare du moins l'utérus à recevoir le redresseur (pessaire intra-utérin).

Le deuxième procédé consiste dans l'emploi des *redresseurs* ou pessaires intra-utérins. J'ai déjà décrit celui de Simpson et de Valleix; celui de Kiwisch en diffère peu. L'emploi du pessaire

intra-utérin doit être continué quelquefois assez longtemps. Tantôt on l'applique d'une manière continue, et si la malade le supporte bien, on peut espérer voir le traitement durer peu de temps; tantôt il faut ne l'appliquer que quelques heures par jour; le traitement est alors très long et peut durer plusieurs semaines, même plusieurs mois.

Ce traitement étant adopté et mis en usage, la double question qu'on doit poser est celle-ci : A-t-il amené des guérisons ? Est-il sans dangers, et n'a-t-il pas conduit à des accidents très graves ?

1° *A-t-il amené des guérisons ?*

D'après les auteurs recommandables que j'ai déjà eu plusieurs fois occasion de citer, ces guérisons ont eu lieu, puisqu'ils les affirment, et cependant il y a bien des raisons qui empêchent de les croire vraies; car le redressement dans beaucoup de flexions ne peut être opéré ni avec la sonde utérine ni avec les redresseurs. J'ai vu plusieurs faits de ce genre, et je déclare qu'il y a eu impossibilité d'opérer le redressement avec une sonde utérine employée méthodiquement et avec une certaine énergie; il en eût été absolument de même des redresseurs.

En supposant qu'on obtienne un redressement momentané, ce redressement ne se maintiendra pas. La texture de l'utérus a subi une telle modification, qu'il est souvent ramolli et en même temps enflammé, et que ce ramollissement, entretenu par la présence d'un corps étranger tel que la sonde ou le redresseur, reproduira la flexion dès qu'on cessera leur emploi.

De plus, la partie de l'utérus fléchie a souvent éprouvé la dégénérescence graisseuse, et l'on conçoit qu'en pareil cas le redressement soit tout à fait impossible.

Les adhérences, les brides, qui viennent si souvent compliquer les flexions utérines, sont bien souvent un obstacle absolu à ce qu'on puisse même tenter le redressement.

2° *Est-il sans dangers, et n'a-t-il pas conduit à des accidents très graves ?*

Beaucoup de femmes d'abord ne peuvent supporter ni la

sonde ni le redresseur intra-utérin, qui produisent des douleurs tellement violentes qu'on est obligé de les enlever quelque temps après et d'y renoncer souvent pour toujours.

L'emploi des redresseurs a produit des métrites aiguës plus ou moins intenses, des péritonites partielles d'une certaine intensité, des inflammations du tissu cellulaire péri-utérin.

Souvent il faut employer les redresseurs pendant plusieurs mois, et au bout de ce temps, on se trouve en présence soit d'un insuccès, soit d'une des complications fâcheuses que je viens d'énumérer.

Enfin, il y a plusieurs cas de mort qui ont suivi l'emploi des redresseurs. M. Broca et M. Cruveilhier ont successivement fait connaître deux faits de ce genre à l'Académie de médecine. Le rapport si remarquable de M. Depaul sur cette question énumère les nombreux accidents qu'on a observés, et démontre l'inutilité et le danger des redresseurs.

Les partisans des redresseurs doivent être maintenant peu nombreux; Scanzoni dans son ouvrage se montre un des adversaires les plus énergiques; mais tout ce qu'il a écrit sur ce sujet avait déjà été dit en France il y a trois ou quatre ans. Les quelques tentatives que j'ai faites, non-seulement n'ont été suivies d'aucun succès, mais les femmes que j'y ai soumises n'ont pu et n'ont pas voulu conserver les redresseurs; je n'ai pas été plus heureux avec l'emploi de la sonde utérine renouvelée chaque jour, et j'ai eu le bonheur de n'avoir aucun accident grave.

Du reste, les doctrines que j'ai exposées dans cet article ne me permettent pas d'hésiter dans le traitement des flexions, et tout ce que j'ai déjà dit au sujet de celui des versions trouve parfaitement sa place dans cette circonstance.

Voici les règles que l'on doit suivre en pareil cas :

Lorsqu'il existe une flexion simple de l'utérus qui ne s'annonce par aucun phénomène morbide spécial, et que le hasard d'un examen fait chez une femme a permis de la découvrir, il ne faut tenter aucune médication. On ne doit essayer aucun redres-

sement, ni avec la sonde utérine, ni avec un redresseur quelconque; agir autrement serait une folie, car on pourrait produire des lésions phlegmasiques qui n'existaient pas et compromettraient la santé future et peut-être la vie des malades.

Cependant il pourrait se présenter un cas qui laisserait quelque doute dans l'esprit du médecin. La flexion simple est-elle assez considérable pour obturer complètement la cavité utérine, et empêcher ainsi la fécondation d'avoir lieu? La solution de cette question doit laisser quelques doutes dans l'esprit; je ne pense pas qu'une flexion simple, sans lésion morbide concomitante, puisse fermer assez complètement la cavité utérine pour empêcher la fécondation. Cependant si une femme se présentait avec ces conditions, stérilité, absence de causes autres qu'une flexion simple de l'utérus, que faut-il faire? J'avoue que je conseillerais quelques tentatives de redressement avec la sonde utérine, mais surtout l'emploi des douches froides, qui pourraient exercer une action puissante sur le redressement de l'utérus, et favoriser la fécondation.

Lorsqu'il existe une flexion avec un état phlegmasique plus ou moins complexe de l'utérus, toute tentative de redressement serait irrationnelle. Il faut s'attacher uniquement à l'inflammation chronique, la combattre sans relâche et avec énergie, afin de s'en rendre maître: c'est la seule médication à tenter.

Une fois que l'état phlegmasique a disparu, s'il persiste encore une flexion assez caractérisée, ce qui peut arriver, bien que la plupart du temps elle guérisse presque spontanément, la conduite à tenir n'est pas difficile à tracer.

D'abord il faut proscrire toute tentative de redressement soit avec la sonde, soit avec les redresseurs; on serait certain de renouveler l'état phlegmasique que l'on vient de combattre avec tant de peine, et l'on produirait peut-être des accidents plus graves encore. Un moyen que l'on peut essayer avec beaucoup de chances de succès consiste dans l'application des douches

froides vaginales, qui constituent un agent excellent, non-seulement pour faire disparaître ce qui peut rester de la flexion, mais encore pour prévenir la récurrence de l'état phlegmasique qui vient de cesser.

Les bains de mer et certaines eaux minérales, telles que les eaux d'Ems, de Saint-Sauveur, pourraient encore contribuer à produire ce résultat.

I. De l'antéflexion de l'utérus.

L'antéflexion, décrite pour la première fois par M. Ameline, a été le sujet des travaux de Valleix qui, tout en en exagérant l'importance, n'en a pas moins fait une histoire complète et bonne à consulter. Scanzoni n'a ajouté que peu de choses au travail du médecin français, et a daigné à peine citer son nom. On doit à Virchow des observations intéressantes sur le mode de production de l'antéflexion. M. Aran a fourni également des documents intéressants sur cette question. Je vais essayer de résumer ce que l'on sait de plus positif à ce sujet.

Avant de décrire l'antéflexion, il est une observation à faire et qui ne manque pas d'importance : c'est que, dans certains cas, l'antéflexion est physiologique et ne constitue pas un phénomène morbide. Voici les raisons sur lesquelles on peut se fonder pour admettre cette proposition. Dans l'état normal, l'axe de l'utérus n'est pas rectiligne; il présente une légère antéflexion qui correspond au point de réunion du corps et du col de l'utérus. Ce fait, signalé déjà depuis longtemps, a été beaucoup mieux établi par les recherches de M. Boulard, et plus récemment par les résultats de M. Aran qui a observé que l'antéflexion est beaucoup plus prononcée chez les filles vierges que chez les femmes déflorées. Chez les premières et surtout dans l'enfance, l'antéflexion est telle qu'elle forme presque un angle aigu. Plus tard et après la défloration, cet angle se redresse et devient beaucoup plus obtus. Sur 34 jeunes filles dont il a pratiqué l'autopsie, M. Aran a constaté 17 fois une antéflexion de ce genre. Un tel résultat a certainement de

l'importance; car il démontre que l'antéflexion peut être un état physiologique de la femme lorsqu'elle n'existe que dans certaines limites.

Dans l'antéflexion, le corps de l'utérus s'incline en avant, tandis que le col, au lieu de suivre ce mouvement en se portant en arrière, conserve sa direction normale ou même se porte un peu en avant; il résulte de cette disposition un angle à sinus antérieur.

Valleix reconnaît deux formes d'antéflexion; dans la première, le col de l'utérus a conservé sa direction normale; c'est le corps de l'organe qui s'infléchit en avant; dans la seconde, le corps utérin s'infléchit bien aussi un peu en avant; mais c'est surtout le col qui vient en quelque sorte en avant du corps, et fait, que l'on me passe cette expression, une partie du chemin. Cette distinction, déjà indiquée par Valleix, a conduit M. Aran à établir ses deux variétés :

- 1° Antéflexion due à la flexion du corps de l'utérus sur le col;
- 2° Antéflexion due à la flexion du col sur le corps de l'utérus.

Je regarde cette distinction comme peu importante, et d'après les observations que j'ai recueillies, je suis convaincu que c'est surtout le corps de l'utérus qui s'infléchit sur le col. Quant au col utérin, tantôt il reste à l'état normal; tantôt, mais bien plus rarement, il s'infléchit lui-même en avant et va au-devant du corps de l'utérus.

L'antéflexion se combine assez souvent avec l'antéversion, et alors le changement de direction n'est plus aussi facile à reconnaître.

ARTICLE I. — Étiologie de l'antéflexion de l'utérus.

Virchow a donné une explication assez ingénieuse de la formation de l'antéflexion, et dont il est utile de parler avant de traiter de l'étiologie; je transcris le passage de Virchow que j'extrait de l'ouvrage de M. Aran (1) :

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1858, p. 26.

« Le col de l'utérus, dit-il, est fixé, jusqu'à un certain point, à la vessie par l'union qu'il a contractée avec celle-ci, et lorsqu'il est déplacé par quelque violent effort, la partie inférieure et postérieure de la vessie est obligée à le suivre. La vessie est-elle fixe, au contraire, par exemple lorsqu'elle est fortement remplie et distendue par l'urine, elle ne peut céder que très faiblement; au contraire elle porte en général le col dans une autre situation. La position de l'utérus est assurée par les ligaments larges et ronds, par la position du col et par la situation des parties voisines, en particulier de la vessie; si les premiers permettent à l'utérus une certaine mobilité d'avant en arrière, il se porte en arrière chaque fois que la vessie est distendue. Les inflexions se produisent seulement lorsque les ligaments de l'utérus ne lui permettent pas une mobilité suffisante dans la direction d'avant en arrière, autrement dit il se forme une antéflexion lorsque le fond de l'utérus est fixé de manière à ne pouvoir se porter en arrière pendant la distension de la vessie. Si le fond de l'utérus est étroitement appliqué contre la paroi postérieure de la vessie distendue; et si en même temps le col est fixe, la portion la plus mince du corps, à savoir, celle qui correspond au passage du corps dans le col et qui est la plus facile à refouler, éprouve la plus grande distension, et de là, la flexion. »

Ces vues, si ingénieuses qu'elles soient, sont cependant théoriques, car ce que nous savons de l'étiologie de l'antéflexion n'a pas encore démontré la réalité de ce mécanisme. C'est du reste un sujet qui a besoin d'être étudié de nouveau avec soin.

Les causes de l'antéflexion sont encore assez mal déterminées; Valleix en a observé onze cas, dont il a donné le résumé étiologique, et ce résumé éclaire peu la pathogénie de cette affection.

Les faits suivants ressortent surtout de son analyse :

Les femmes atteintes d'antéflexion étaient âgées de dix-sept à quarante-deux ans.

La constitution, le tempérament, les conditions hygiéniques

n'ont semblé exercer aucune influence sur la production de cet état morbide.

L'accouchement et l'avortement ont exercé une influence fort contestable; car sur les onze cas en question, quatre femmes n'avaient jamais été enceintes, et sur les sept autres, trois n'avaient jamais pu arriver à terme.

Les chutes, les efforts violents, exercent peut-être une influence sur la production de l'antéflexion: cette circonstance s'est en effet rencontrée chez quatre des onze malades dont il s'agit.

L'utérus a été trouvé atteint d'engorgement inflammatoire dans presque tous ces cas; il n'était pas toutefois démontré pour Valleix que ces lésions phlegmasiques eussent précédé l'antéflexion. Cependant c'est la seule cause de cette espèce de déviation; car il est difficile d'admettre qu'un utérus parfaitement sain puisse s'infléchir et se courber ainsi, même sous l'influence de pressions extérieures, comme des tumeurs ou autres qui tendraient à fléchir le corps de l'utérus sur le col. Un pareil cas produirait plutôt une antéversion simple qu'une antéflexion. Un fait très important observé par M. Aran, et dont on a pu examiner la pièce anatomique, vient encore confirmer cette manière de voir; il s'agit d'une antéflexion qui était venue compliquer une inflammation suppurative du tissu cellulaire péri-utérin. A l'autopsie, on trouva la paroi antérieure de l'utérus, et surtout le point de jonction antérieur du corps de l'utérus et du col, amincie et surtout un peu ramollie: ce qui avait permis la flexion antérieure, et ce qui laissait également le redressement à l'aide de la sonde s'opérer facilement.

Les faits que j'ai observés me permettent de conclure que, chez toutes les femmes affectées d'antéversion, on trouve atteints d'inflammation chronique simple avec tendance au ramollissement, tantôt le col et le corps utérin, tantôt le corps seul, en même temps que le point de jonction du col et du corps; tantôt enfin la paroi antérieure seule enflammée,

amincie et ramollie, ce qui avait favorisé l'inflexion en avant. En même temps que l'antéflexion a lieu, il se forme au-devant de l'angle antérieur, qui marque le point de la flexion, un pli constitué aux dépens de la membrane antérieure de la paroi externe, et persistant souvent encore après la guérison et le redressement.

Il est donc positif que toute cause produisant l'augmentation du volume et du poids du corps de l'utérus peut amener l'antéflexion, surtout quand il existe aussi un ramollissement inflammatoire et peut-être un amincissement de la paroi antérieure cervico-utérine.

ARTICLE II. — Symptomatologie de l'antéflexion de l'utérus.

Le début de l'antéflexion est en général lent, insensible et progressif.

Les symptômes locaux et généraux qui manifestent l'antéflexion sont complètement semblables à ceux décrits dans la symptomatologie des déviations en général et dans la symptomatologie des antéversions. Si cette similitude existe, cela tient tout simplement à ce que les symptômes observés sont dus aux engorgements inflammatoires concomitants, et qu'ils ne dépendent pas plus de l'antéflexion que de l'antéversion ou de toute autre déviation.

Il existe cependant un symptôme plus nettement accentué, le sentiment de pesanteur vésicale et les envies fréquentes d'uriner qui sont la conséquence de la pression du corps de l'utérus infléchi sur le corps de la vessie.

On doit enfin admettre que les troubles fonctionnels d'une antéflexion accompagnée d'un engorgement inflammatoire du col ou du corps de l'utérus sont plus caractérisés et plus fatigants pour les malades que ceux des engorgements simples sans déviation.

Examen physique. — Le spéculum montre le col de l'utérus dans sa position à peu près normale, ou bien seulement un peu incliné en haut, quelquefois sain, souvent rouge, tuméfié et rarement atteint de granulations ou d'excoriations.

Toucher vaginal. — En suivant la paroi antérieure du col de l'utérus, on arrive à apprécier l'angle rentrant formé par la flexion du corps et du col, et la saillie du corps utérin au-dessus de cet angle.

Lorsque l'on suit la face postérieure, on ne peut toujours rencontrer l'angle saillant en arrière formé par la flexion du corps et du col; cependant dans la deuxième variété, c'est-à-dire celle dans laquelle le col de l'utérus semble aussi avoir participé à la flexion et s'être porté en haut à la rencontre du corps, on peut souvent en arrière apprécier cet angle saillant.

Le *toucher rectal*, souvent inutile dans la flexion, est quelquefois nécessaire pour apprécier la saillie de l'angle formé par la courbure postérieure qu'a dû subir l'utérus pour se fléchir en avant.

Le *cathétérisme utérin* est indispensable à pratiquer pour bien apprécier la nature de l'altération que l'on étudie. Lorsque le corps est seulement infléchi sur le col, il est d'abord difficile de faire pénétrer la sonde, dont le bec est rapidement arrêté par la flexion utérine; alors, pour l'introduire complètement et pour redresser l'utérus, il faut porter la main en bas et en arrière vers le périnée, la concavité de l'instrument restant dirigée en avant.

Lorsqu'au contraire le corps et le col sont infléchis simultanément et ont tous deux concouru à l'antéflexion, on porte le bec de la sonde directement en arrière, la concavité restant dirigée en bas; puis lorsque la sonde est arrêtée, on retourne la concavité en avant, et l'on agit comme précédemment. Dans ces deux cas, la manœuvre pour faire pénétrer la sonde est souvent difficile et douloureuse, mais il est utile de l'introduire pour être bien certain du diagnostic; cependant il est des cas dont nous avons parlé plus haut, dans lesquels l'introduction complète de la sonde et le redressement sont impossibles.

ARTICLE III. — Traitement de l'antéflexion de l'utérus.

Toutes les fois qu'il existe un engorgement inflammatoire de l'utérus ou de son col accompagnant l'antéflexion, on s'occupera de l'engorgement seul, et l'on attendra qu'il soit dissipé avant de soigner l'antéflexion. Une fois l'engorgement inflammatoire disparu, les troubles fonctionnels cessent en général, ou bien ils sont réduits à leur minimum, s'il reste encore quelques traces de cette lésion morbide. Dans le plus grand nombre des cas, avec l'engorgement qui disparaît, l'antéflexion diminue spontanément, et finit quelquefois soit par être très faible, soit même par disparaître complètement; alors il n'y a rien à faire. Mais, quand après la guérison de l'engorgement inflammatoire, l'antéflexion reste fort considérable, sans toutefois donner naissance à des troubles fonctionnels bien notables, les partisans du redressement pensent qu'il y a lieu de s'en occuper, car cette antéflexion ainsi persistante pourrait favoriser singulièrement le retour des engorgements inflammatoires qu'on a déjà eu tant de peine à combattre; ils conseillent d'employer ou la sonde utérine ou les redresseurs et de les appliquer assez rapidement après la cessation des engorgements inflammatoires. On peut alors, suivant eux, espérer obtenir le redressement, sinon complet, du moins partiel de l'antéflexion.

Ainsi que je l'ai dit précédemment, la sonde utérine et les redresseurs ont de tels inconvénients et de tels dangers, qu'il est plus sage, à mon avis, d'y renoncer complètement. J'ai simplement recours à l'emploi des injections ou des douches d'eau froide que je fais continuer pendant un certain temps après la cessation de l'état phlegmasique.

On ne peut toujours espérer, il est vrai, obtenir le redressement d'une manière complète; cette médication diminue au moins l'antéflexion, et la tendance que l'utérus antéfléchi peut avoir à se compliquer de nouveau d'inflammation chronique du col ou du corps de l'organe.

Valleix a employé contre les antéflexions son redresseur uté-

rin, et il annonce avoir ainsi obtenu dix guérisons sur onze femmes en traitement; cela est possible, mais je ne conseillerai cependant jamais d'employer le redresseur pour les raisons que j'ai déjà données plus haut.

II. De la rétroflexion de l'utérus.

On donne le nom de *rétroflexion* à cet état de l'utérus dans lequel cet organe s'infléchit et se courbe en arrière, de manière à former un angle plus ou moins obtus ou même aigu, à sinus postérieur.

Valleix en admettait trois variétés.

Dans la première, le col n'est pas dévié de sa direction normale; mais le corps de l'utérus se replie sur lui-même, de manière que son fond vient faire saillie derrière le col.

Dans la deuxième, qui paraît plus commune, le col de l'utérus est un peu porté en avant vers le col de la vessie; le corps, qui est en arrière, infléchi comme précédemment, semble avoir remplacé le col dans la position que celui-ci doit occuper.

Dans la troisième, le col se porte lui-même en arrière et en haut, et le corps, suivant la même direction par suite de la flexion, vient reposer sur lui et recouvrir sa face postérieure devenue supérieure.

Je crois ces distinctions peu fondées, et je suis convaincu que, dans la plupart des cas, il est difficile de dire si c'est le corps qui est infléchi, le col conservant sa direction normale, ou si c'est le col qui se replie sur le corps, ce dernier ayant conservé son axe. Pour moi, ces distinctions, bonnes en théorie, sont tout à fait inapplicables dans la pratique. Très souvent la rétroflexion se fait avec la participation du corps ou du col, chacun d'eux faisant pour ainsi dire une partie du chemin pour l'effectuer ou pour se rencontrer.

Ce qu'il y a encore de positif, c'est que, pour la formation d'une rétroflexion, il faut nécessairement une affection antérieure de l'utérus, dans laquelle la paroi postérieure de cet

organe soit spécialement altérée, et ait été le siège d'un ramollissement léger avec amincissement de cette même paroi, au point de jonction du corps et du col de l'utérus. Il n'est véritablement pas possible qu'une rétroflexion se produise sans cette lésion préalable. Un utérus parfaitement sain ne peut pas devenir le siège d'une rétroflexion plutôt que d'une antéflexion. Les détails anatomiques rapportés par Valleix, bien qu'il n'ait pas émis cette opinion d'une manière formelle, sont tout à fait favorables à cette manière de voir.

Dans tous les cas de rétroflexion, on trouve indiqués les engorgements inflammatoires dont cet organe était en même temps le siège.

Signalons enfin un dernier fait, la possibilité de combinaisons diverses de déviations à l'égard de la rétroflexion : ainsi il peut y avoir rétroflexion seule, rétroflexion avec rétroversion, enfin et beaucoup plus rarement, rétroflexion avec antéversion (deuxième variété de Valleix).

ARTICLE I. — Étiologie de la rétroflexion de l'utérus.

La rétroflexion n'est pas une déviation rare, Valleix a pu en observer douze cas.

Age. — La rétroflexion s'est montrée chez des femmes âgées de dix-huit à trente-six ans ; moyenne, vingt-cinq ans, âge où se manifestent les engorgements inflammatoires de l'utérus.

La constitution, le tempérament, les conditions hygiéniques au milieu desquelles s'étaient trouvées les femmes, n'ont semblé exercer aucune influence sur sa production.

Les accouchements antérieurs paraissent y prédisposer les femmes ; sur les douze cas de Valleix, neuf fois les femmes avaient eu antérieurement un ou plusieurs enfants, et chez une de ces neuf femmes une fois l'accouchement avait été fort difficile.

Dans un de ces douze cas, la maladie semblait s'être développée à la suite d'un effort violent.

Valleix ne parle pas des lésions antérieures du corps et du col

de l'utérus comme causes du développement de la rétroflexion ; c'est cependant dans cette seule circonstance qu'on doit rechercher la cause probable et le mécanisme de la production de cette flexion dont j'ai parlé page 382.

ARTICLE II. — Symptomatologie de la rétroflexion de l'utérus.

Ces symptômes, bien nets, bien caractérisés, sont absolument ceux de tous les engorgements inflammatoires du corps ou du col de l'utérus, et présentent de plus les cinq conditions spéciales que j'ai assignées plus haut aux phénomènes morbides de la rétroversion. Je m'abstiendrai donc d'insister sur ce point qui a été suffisamment traité à plusieurs reprises.

Examen physique. Spéculum. — Le spéculum, introduit dans le vagin, atteint facilement le col de l'utérus, que l'on trouve toujours plus gros, plus volumineux, plus rouge, et le siège d'altérations diverses, circonstance que Valleix n'avait pu s'empêcher lui-même de mentionner.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal permet de constater la rétroflexion. Le doigt, ayant atteint le col et en suivant le contour, peut presque toujours arriver jusqu'à l'angle à sinus postérieur que forment en s'infléchissant le corps et le col de l'utérus. Cependant il n'est pas toujours facile d'y arriver, et l'on apportera un examen attentif et minutieusement fait pour en constater l'existence. Le doigt peut parfaitement apprécier l'angle saillant en avant, résultat de la rétroflexion utérine.

Avec le *toucher rectal*, on reconnaît presque toujours l'existence de l'angle à sinus postérieur résultant de la rétroflexion.

Cathétérisme utérin. — Le cathétérisme utérin permet, dans un certain nombre de cas seulement, de redresser l'utérus et de confirmer l'existence de cet état morbide. L'introduction de la sonde est assez difficile ; elle s'effectue en plaçant la sonde la concavité regardant en avant et le manche appuyé contre le périnée ; on introduit l'instrument en guidant la sonde avec le doigt, et l'on pratique le redressement en ramenant le manche de l'instrument vers le pubis.

Cette petite opération, souvent plus difficile et plus douloureuse que dans les autres espèces de déviations, est également quelquefois tout à fait impossible.

ARTICLE III. — Diagnostic, marche, durée, terminaison de la rétroflexion de l'utérus.

Lorsque la rétroflexion accompagne un engorgement inflammatoire du corps ou du col de l'utérus, cette dernière maladie est plus rebelle, plus tenace que si elle était simple, et même plus persistante que quand elle est accompagnée d'une rétroversion.

Le diagnostic n'est pas en général difficile. On a pu confondre la rétroflexion avec une tumeur fibreuse, une tumeur inflammatoire placée en arrière de l'utérus, une hématocele péri-utérine, un ovaire enflammé et déplacé. Dans tous ces cas, la constatation de l'angle de flexion, la mobilité de l'utérus et la possibilité de le redresser, permettent en général d'établir le diagnostic assez facilement.

ARTICLE IV. — Traitement de la rétroflexion de l'utérus.

Valleix conseillait le redressement de l'utérus comme unique moyen de traitement. Sur 12 cas, il dit avoir obtenu 5 cas de guérison complète avec les redresseurs, et 2 cas de guérison à l'aide de la sonde.

Mon opinion à l'égard du traitement de la rétroflexion est absolument la même que celle que j'ai exprimée au sujet des flexions en général et de l'antéflexion.

On doit combattre les rétroflexions absolument comme s'il s'agissait d'engorgements inflammatoires simples, qui, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire, existent toujours simultanément. Ainsi on aura recours aux bains, aux injections ou douches froides, aux cautérisations, etc., etc., absolument comme s'il n'existait aucune flexion; une fois l'état phlegmasique conjuré, les troubles fonctionnels cessent presque toujours, et la rétroflexion a disparu, ou bien a notablement diminué et ne se tra-

duit par aucun phénomène appréciable. Si toutefois le toucher et l'examen au spéculum démontraient qu'elle existât encore à un certain degré, on combattrait cet état persistant par la continuation des injections et des douches d'eau froide qu'il faut quelquefois prolonger pendant un temps assez long.

III. Des latéroflexions de l'utérus.

Il serait difficile de décrire d'une manière isolée les flexions latérales. Je suis heureux de partager ici l'opinion de Valleix qui ne les a jamais trouvées seules, mais toujours combinées et accompagnées d'antéversions, de rétroversions ou d'abaissement de l'utérus.

On doit tout au plus invoquer l'existence d'une latéroflexion pour expliquer la prédominance de certains phénomènes morbides spéciaux, qui sont les suivants :

La douleur du bassin se fait sentir plus particulièrement à droite ou à gauche, suivant qu'il s'agit d'une inclinaison à droite ou à gauche.

La flexion à droite produit souvent des douleurs dans la cuisse droite, et la flexion à gauche des douleurs dans la cuisse gauche; la constipation accompagne en même temps l'inclinaison à gauche; mais ces données sont très vagues, et ce qu'on peut dire, c'est que l'histoire des latéroflexions est plus inconnue encore que celle des latéroversions.

CHAPITRE II.

DE LA DYSMÉNORRHÉE ET DE L'AMÉNORRHÉE.

I. De la dysménorrhée.

La *dysménorrhée*, d'après son étymologie, peut être définie, une *menstruation difficile*, une *difficulté de la menstruation*. Cette expression est loin de rendre compte de l'espèce d'état