

CHAPITRE III
AFFECTIIONS DE L'UTÉRUS

ARTICLE PREMIER
DÉVIATIONS UTÉRINES

La situation normale de l'utérus est l'antéversion : la vessie

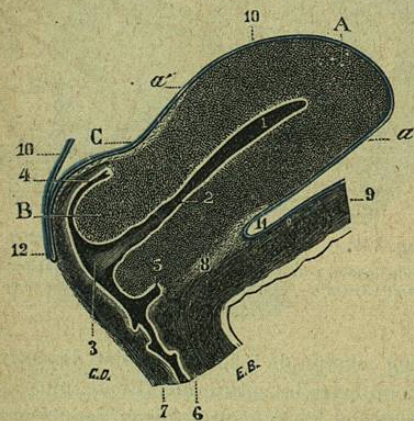


Fig. 233.

Coupe sagittale de l'utérus (femme multipare), pour montrer l'antéversion normale de l'utérus (L. TESTUT).

A, corps de l'utérus, avec : a, sa face antérieure; a', sa face postérieure. — B, col. — C, isthme.
1, cavité du corps. — 2, orifice interne du col. — 3, orifice externe. — 4, cul-de-sac postérieur du vagin. — 5, cul-de-sac antérieur. — 6, paroi vaginale. — 7, paroi vaginale postérieure. — 8, cloison vésico-utérine. — 9, paroi de la vessie. — 10, péritoine en bleu. — 11, cul-de-sac vésico-utérin. — 12, cul-de-sac recto-vaginal ou cul-de-sac de Douglas.

étant vide ou en moyenne réplétion, l'axe utérin fait avec celui du vagin un angle à peu près droit.

Le plan qui passe par l'axe de suspension de l'organe, répondant aux solides ligaments utéro-sacrés en arrière et aux ligaments utéro-pubiens en avant, est situé au niveau de l'isthme de l'utérus; par conséquent il se trouve au-dessous du centre de gravité de l'organe. De là, pour ce dernier, une position d'équilibre instable et la possibilité de subir, sous l'influence de la pression abdominale, de la déplétion ou de la réplétion de la vessie et du rectum, une inclinaison en avant ou en arrière : la distension de la vessie repousse en haut et en arrière le corps de la matrice, en effaçant temporairement son antécourbure; la réplétion du rectum le refoule en avant.

Comme l'a établi Schultze, le mouvement en avant que fait le fond de l'utérus, lors de l'évacuation de la vessie, est dû, chez la jeune fille, à une anté-

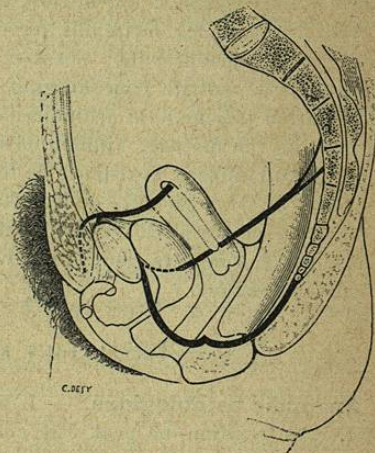


Fig. 234.

Schéma général des ligaments utérins (coupe antéro-postérieure).

1, ligaments ronds. Ligaments utéro-sacrés. Ligaments utéro-pubiens. Plancher ou diaphragme pelvien (AUVARD).

flexion (c'est-à-dire à une coudure de l'organe au niveau de son isthme); chez la femme qui a eu des enfants, à une antéversion (c'est-à-dire à une bascule totale de l'organe sur le vagin).

Donc l'utérus jouit, dans le sens antéro-postérieur, depuis sa position initiale d'antéversion horizontale jusqu'à une position de redressement plus ou moins proche de la verticale, d'une mobilité normale. Aussi, ce qui caractérise la déviation, c'est moins l'attitude anormale que la fixité dans cette attitude vicieuse.

Les déviations se font : 1° en avant; 2° en arrière; 3° sur les côtés.

Si le déplacement est *total*, c'est-à-dire si l'utérus, corps et col, bascule en entier sur son axe de suspension, on dit qu'il s'agit d'une *version* ; antéversion, rétroversion, latéversion. — Si la déviation est *partielle*, c'est-à-dire si le corps utérin seul se déplace alors que le col conserve sa position normale, on dit que c'est une *flexion* : antéflexion, rétroflexion, latéflexion.

Avec VELPEAU, les déviations prirent en pathologie utérine une place prépondérante ; GOSSELIN les en déposséda, pour accorder à la métrite concomitante le premier rôle. En effet, la déviation utérine n'est ordinairement point à elle seule toute la maladie : la métrite, l'inflammation et le déplacement des annexes enflammées, l'existence de foyers inflammatoires péri-utérins à diverses périodes de leur état, les adhérences douloureuses qui en résultent, constituent autant d'éléments d'un état morbide complexe, dont la rétroversion est le type clinique le plus intéressant.

I. — DÉVIATIONS EN AVANT

Anatomie pathologique. — L'*antéversion* étant l'état normal, cette position ne peut être considérée comme pathologique que lorsqu'elle est fixe, c'est-à-dire lorsque, sous l'influence d'exsudats paramétritiques, l'utérus ne se redresse pas lors de la réplétion de la vessie ; or, cette condition est exceptionnelle.

L'*antéflexion*, c'est-à-dire la fixité de l'angle que fait le corps sur le col est plus fréquente. Elle est *congénitale* ou *acquise*. Au lieu « de congénitale », il vaut mieux dire « antéflexion puérile ».

Deux conditions, en effet, caractérisent l'utérus infantile. D'une part, il se compose d'un col volumineux dirigé dans l'axe du vagin et d'un corps moins volumineux, relié au col d'une manière flexible. D'autre part, la paroi postérieure du col est plus développée que l'antérieure. Si cet état puéril persiste, il résulte de cette insertion vicieuse du col sur le vagin qu'au moment de la puberté, alors que le corps utérin se développe et tend à prendre son antéposition normale, l'organe ne peut s'infléchir sur le vagin par une bascule totale : il est

forcé de se couder au niveau de l'isthme formant charnière, le col restant dans l'axe du vagin et le corps seul s'inclinant en avant. Telle est la théorie de SCHULTZE.

Acquise, l'antéflexion est due surtout à la métrite : le corps de l'organe, augmenté de volume et ramolli par l'inflammation, tombe en avant ; l'angle de flexion se ferme ; lorsque la sclérose aura rendu les parois rigides ou lorsque les adhérences anté-utérines se seront établies, la déviation sera constituée définitivement.

Symptomatologie. — Deux symptômes caractérisent l'antéflexion par persistance de l'état puéril : la dysménorrhée et la stérilité. Ce sont de jeunes femmes qui se plaignent de dysménorrhée douloureuse remontant à la première apparition des règles ; elles passent au lit une partie ou la totalité de leurs périodes menstruelles ; généralement, elles ne sont jamais devenues enceintes. On examine l'utérus : on trouve un col petit, pointu, sténosé, et une antéflexion très marquée. — Dans les *antéflexions* acquises, on trouve les mêmes symptômes associés aux signes des métrites.

Traitement. — L'antéflexion congénitale réclame la dilatation progressive par les tiges de laminaire, qui élargit le canal cervical ordinairement sténosé et rectifie l'axe de l'utérus. Cette dilatation préalable convient aussi à l'antéflexion acquise où le traitement doit viser en outre la métrite concomitante : curettage et pansements intra-utérins. — Pour remédier aux accidents dysménorrhéiques, on a pratiqué des opérations ayant pour but la rectification de la cavité cervicale : 1° la discision du col, qui n'a point gardé son ancienne vogue ; 2° l'incision bilatérale du col, ayant pour but d'agrandir l'orifice par formation de deux commissures artificielles ; 3° l'excision cunéiforme de la paroi postérieure, de façon à redresser l'utérus comme on redresse une ankylose angulaire au genou. Ces procédés plastiques ne sont pas supérieurs à la dilatation.

II. — DÉVIATION EN ARRIÈRE : RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION

Les rétrodéviations utérines sont beaucoup plus fréquentes que les antédéviations. Elles ne sont pas caractérisées, comme

ces dernières, par une simple fixité dans une attitude plus ou moins voisine de la normale : elles représentent une position diamétralement opposée à la position normale.

Anatomie pathologique. — Dans la *rétroversion* de l'utérus, l'axe utérin fait avec celui du vagin un angle ouvert en arrière : cette déviation va depuis le déplacement léger, où l'utérus s'écarte à peine de son antéflexion normale, jusqu'à la bascule totale, où le fond de l'organe touche le cul-de-sac de Douglas.

Dans la *rétroflexion*, le corps fait avec le col un angle plus ou moins aigu ouvert en arrière et en bas.

Rétroversion et rétroflexion s'associent fréquemment. De plus, cette rétrodéviation se combine ordinairement à un certain degré d'abaissement : en effet, la chute en arrière de l'utérus est une conséquence ou une coïncidence fréquente du prolapsus utéro-vaginal. Pour apprécier le degré de rétrodéviation utérine, SCHULTZE détermine la vertèbre au niveau de laquelle descend le fond de l'organe : il répond en général aux dernières vertèbres sacrées.

Il faut distinguer : 1° des *rétrodéviations réductibles*, ne s'accompagnant d'aucune adhérence ; 2° des *rétroflexions adhérentes, plus ou moins irréductibles*. — Les adhérences, qui sont un fait capital dans l'histoire clinique des rétrodéviations, se présentent sous diverses formes : les unes sont des brides extensibles, se laissant étirer : les autres sont courtes, denses, fixant l'utérus à la paroi rectale. La rétrodéviation de l'utérus s'accompagne d'un déplacement des annexes, souvent enflammées : l'ovaire bascule autour de son ligament infundibulo-pelvien en arrière et en bas. La trompe tend aussi à tomber vers le Douglas. Les utérus en rétroversion sont, le plus souvent, de gros utérus enflammés par la métrite parenchymateuse, allongés par l'hypertrophie sus-vaginale, atteints d'endométrite.

Étiologie et pathogénie. — Les rétrodéviations *congénitales*, c'est-à-dire ayant leur origine dans la persistance de la conformation infantile (corps utérin restant comme le col, dans l'axe du vagin) sont exceptionnelles.

En règle générale, la rétrodéviation est *acquise*. Deux causes peuvent la produire : la puerpéralité ; les inflammations péri-

métritiques. — La première est prépondérante. A la suite d'un accouchement ou d'un avortement, l'involution défectueuse ou la métrite consécutive ont laissé un utérus gros, congestionné ; les moyens de fixité de l'utérus, allongés pendant la grossesse, sont restés distendus : si la femme se lève trop tôt, l'utérus, alourdi et mal tenu, a tendance par son propre poids à tomber en arrière ; grâce à l'affaiblissement de ses deux attaches ad- verses, du ligament rond qui laisse le fond s'incliner en arrière et des ligaments utéro-sacrés qui laissent le col s'incliner en avant, l'organe bascule vers le Douglas ; la *rétroversion* est constituée. Supposons que, tandis que les ligaments ronds cèdent, les ligaments utéro-sacrés résistent ; le fond seul de l'organe s'incline en arrière, se couvant sur l'isthme comme charnière : ainsi se constitue la *rétroflexion*.

En dehors de l'état puerpéral, la rétrodéviation s'observe dans les cas où s'affaiblissent les moyens de fixité de l'utérus : aussi la rétroversion n'est-elle le plus souvent que le premier temps du prolapsus, l'organe se plaçant dans l'axe du vagin avant d'y descendre. — La métrite et la salpingite coïncident souvent avec les rétrodéviations : la salpingite est de règle dans les rétroflexions irréductibles et cette irréductibilité tient aux adhérences des annexes, plus encore qu'à celles de l'utérus lui-même, à la paroi pelvienne. La salpingite est-elle, en pareil cas, lésion primitive et cause de la rétrodéviation utérine ? Ou bien n'est-elle qu'une complication secondaire, née de la métrite qu'aggrave la position vicieuse de la matrice ? Cliniquement, les deux hypothèses se présentent ; mais la première est plus fréquente.

Symptômes. — § 1. SIGNES FONCTIONNELS : PHÉNOMÈNES D'ORDRE MÉCANIQUE ; TROUBLES NERVEUX RÉFLEXES. — Le renversement de l'utérus en arrière détermine *mécaniquement* : des douleurs lombaires ; de la pesanteur anale, accrue par la défécation : une menstruation douloureuse ou irrégulière ; une stérilité fréquente ; de la douleur pendant le coït due au prolapsus des ovaires. — Les troubles nerveux, surtout marqués dans la rétroflexion, consistent en irradiations douloureuses vers la paroi, les flancs, les reins, en une excitabilité hystériforme,

toux quinteuse, phénomènes dyspeptiques, vomissements, parfois hystéro-épilepsie : c'est le *syndrome utérin*, et il est vraisemblable qu'il se rattache à la métrite ou à la salpingo-ovarite concomitante autant qu'à la déviation elle-même.

§ 2. SIGNES PHYSIQUES. — Le diagnostic est établi par le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique et par le toucher rectal. — Dans le cas d'une *rétroversion*, le doigt reconnaît au fond du vagin dans le cul-de-sac postérieur, une surface qui est la face postérieure de l'utérus ; le col est reporté en avant, caché derrière le pubis : s'il s'agit d'une *rétroversion simple*, on suit nettement l'utérus dans toute son étendue, depuis la tumeur sentie dans le cul-de-sac postérieur jusqu'au col. — S'agit-il d'une *rétroflexion* : le col est à sa place ; le cul-de-sac antérieur est libre ; le cul-de-sac postérieur bombe sous une tumeur dure, lisse et ronde, qui n'est autre que le fond

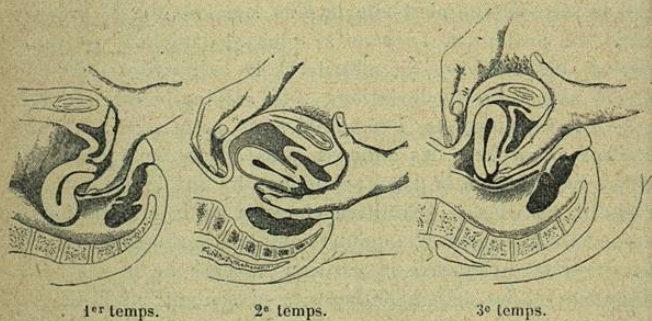


Fig. 255.

Relèvement de l'utérus rétrofléchi (SCHULTZE).

de l'utérus fléchi. Le palper hypogastrique permet de constater l'absence du corps de l'utérus : on arrive presque à mettre au contact le doigt intra-vaginal et la main placée sur l'abdomen. Le toucher rectal fait constater l'existence d'une tumeur qui déprime la paroi antérieure de l'intestin.

Plusieurs causes d'erreur sont à éviter. La sensation que donne le fond utérin dans le cul-de-sac postérieur ne diffère

guère de celle fournie par un fibrome de la face postérieure

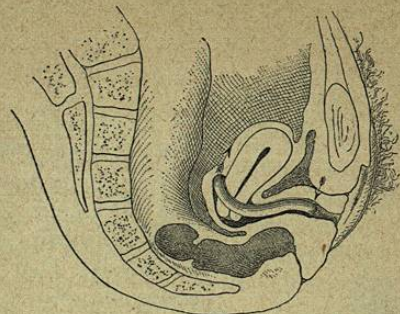


Fig. 256.

Pessaire de Hodge appliqué. Les flèches indiquent son mode d'action.

de l'organe et surtout par un pyosalpinx prolabé dans le Douglas. — LE DENTU a signalé, comme caractéristique de la rétro-

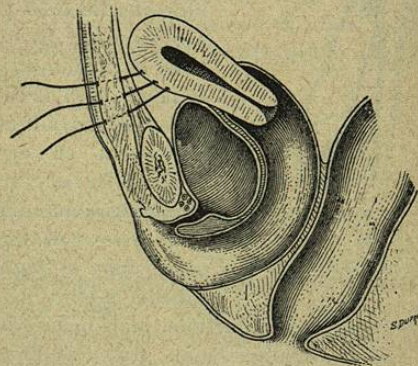


Fig. 257.

Hystéropexie abdominale (RICHELOT).

déviations, la crête postérieure et médiane que l'on sent normalement sur l'utérus, à travers le cul-de-sac vaginal : signe

incertain. Cherchez à établir la continuité entre la tumeur du cul-de-sac postérieur et le col, en suivant avec le doigt la face postérieure du col et en pénétrant dans le coude aigu que forment le col et le corps. Constatez l'absence du corps utérin, par le palper hypogastrique. Grâce au cathétérisme, établissez la déviation de la cavité utérine.

Traitement. — Il faut distinguer les rétrodéviations réductibles ou irréductibles.

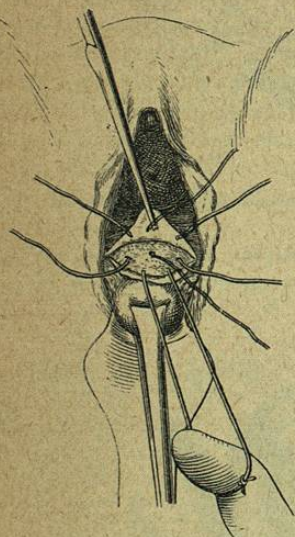


Fig. 258.

Procédé de Dührsen (RICARD et LAUNAY).

Un utérus rétrodévié est réductible, mais incoercible ; le pessaire est mal toléré, s'applique mal, reste insuffisant à cause de l'ampleur du vagin et de la flaccidité du plancher pelvien ; voilà des indications à l'opération qu'ALQUIÉ proposa en 1840 et qu'ALEXANDER exécuta en 1881 : redresser l'utérus en raccourcissant les ligaments ronds. Par une incision oblique en haut et en dehors, de chaque côté de l'épine pubienne, l'a-

névrose du grand oblique est mise à nu; on a reconnu l'orifice inguinal, un lobule graisseux et la branche inguinale du nerf génito-crural. On ouvre le canal inguinal; avec la sonde cannelée, on libère le ligament rond de ses connexions celluluses. En tirant de chaque côté sur le ligament découvert, on amène peu à peu sa portion pelvienne, jusqu'à 10 ou 12 centimètres. Pendant que, dans le vagin, les doigts d'un aide redressent l'utérus, on fixe, à l'aponévrose du grand oblique, par une ligature au catgut en surjet, l'extrémité sectionnée du ligament rond.

Au lieu de fixer l'utérus par ses deux angles, au moyen des ligaments ronds raccourcis, on peut le suturer à la paroi abdominale, après laparotomie, par trois gros catguts passés à travers son fond, le milieu de son corps et son isthme : c'est l'hystéropexie abdominale (fig. 257).

Dans ces dernières années, les gynécologues se sont efforcés de redresser l'utérus rétrodévié par des fixations au vagin : c'est l'hystéropexie vaginale, dont les procédés les plus connus sont ceux de MACKENRODT et de DUHRSEN (fig. 258). L'opération comprend trois temps : 1° incision de la paroi vaginale antérieure ; 2° dissection et refoulement en avant et en haut de la vessie ; 3° suture du corps de l'utérus aux bords avivés de l'incision vaginale.

névrose du grand oblique est mise à nu; on a reconnu l'orifice inguinal, un lobule graisseux et la branche inguinale du nerf génito-crural. On ouvre le canal inguinal; avec la sonde cannelée, on libère le ligament rond de ses connexions celluluses. En tirant de chaque côté sur le ligament découvert, on amène peu à peu sa portion pelvienne, jusqu'à 10 ou 12 centimètres. Pendant que, dans le vagin, les doigts d'un aide redressent l'utérus, on fixe, à l'aponévrose du grand oblique, par une ligature au catgut en surjet, l'extrémité sectionnée du ligament rond.

Au lieu de fixer l'utérus par ses deux angles, au moyen des ligaments ronds raccourcis, on peut le suturer à la paroi abdominale, après laparotomie, par trois gros catguts passés à travers son fond, le milieu de son corps et son isthme : c'est l'hystéropexie abdominale (fig. 257).

Dans ces dernières années, les gynécologues se sont efforcés de redresser l'utérus rétrodévié par des fixations au vagin : c'est l'hystéropexie vaginale, dont les procédés les plus connus sont ceux de MACKENRODT et de DUHRSEN (fig. 258). L'opération comprend trois temps : 1° incision de la paroi vaginale antérieure ; 2° dissection et refoulement en avant et en haut de la vessie ; 3° suture du corps de l'utérus aux bords avivés de l'incision vaginale.

ARTICLE II

PROLAPSUS GÉNITAUX

L'utérus s'abaisse dans le vagin, descend jusqu'à la vulve ou prolabe au dehors : *abaissement*, *descente* et *prolapsus*, telles sont les trois étapes de son déplacement au-dessous du plan qu'il occupe à l'état normal.

En règle presque générale, la descente de l'utérus est précédée par la chute des parois antérieure ou postérieure du vagin : *colpocèle antérieure*, suivie de prolapsus vésical (*cystocèle*) ; *colpocèle postérieure* qui peut se compliquer de prolapsus rectal (*rectocèle*). D'où il résulte qu'il ne s'agit point ordinairement