III. — HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS

On entend par ***hypertrophie de l'utérus,*** dans le sens strict du mot, le développement exagéré mais uniforme de toutes les parties de l'organe, sans états inflammatoires intercurrents (1). Le processus hypertrophique anatomiquement pur est rare. Quoiqu'il en soit, il peut augmenter très notablement le volume de la matrice ; il frappe tantôt l'organe tout entier, tantôt certains de ses segments seulement. Les modifications de volume se produisent le plus souvent aux dépens du tissu connectif intermusculaire et

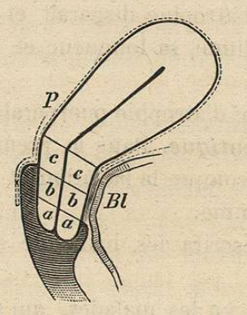

Fig. 36. — Division du col suivant Schröder.
a : portion vaginale. — *b* : portion moyenne. — *c* : portion sus-vaginale.

sous l'influence d'irritations phlegmasiques. En passant en revue mes propres observations, il m'est impossible de trouver un seul cas d'hypertrophie vraie.

L'hypertrophie partielle donne lieu à des changements de configuration vraiment curieux (2). Même en l'absence de tout phénomène inflammatoire, on rencontre le tableau que j'aurai à esquisser lorsque nous étudierons la métrite et l'endométrite, à

(1) Klob, *Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg.*, pages 124 et 203, veut ranger sous ce titre la métrite chronique, contrairement à l'opinion de la plupart des gynécologues.

(2) Saxinger, *Prag. viertelj. Schr.*, 1866, p. 144. — Courty, *Mal. de l'utérus*, 2e édit., 1872. — West, *Diseases of Women*, 3e éd., p. 111.

savoir : un allongement du col et une hypertrophie de la portion vaginale tels que toute la masse vient faire saillie entre les lèvres de la vulve. De même on constate quelquefois une élongation non seulement de la portion sus-vaginale, mais encore de la portion sous-vaginale, tellement considérable qu'elle justifie la division du col en trois segments : portion sus-vaginale, portion moyenne et portion vaginale (Voir fig. 36) (1).

Les ***symptômes*** de l'hypertrophie dépendent en partie de l'augmentation de poids de l'utérus. La femme ressent une sensation de plénitude abdominale et une pression désagréable sur le périnée, suivies bientôt de ténesme vésical et rectal par compression. Dans un stade plus avancé, apparaissent les signes du prolapsus à son début ou complètement développé. D'autre part l'accroissement de volume marche de pair avec le déplissement de la muqueuse qui amène, surtout au voisinage des règles, un travail d'hypersécrétion et souvent des métrorrhagies.

Le ***traitement*** sera symptomatique. La sensation de plénitude abdominale est diminuée parfois par les évacuations alvines, par les bains de siège, les injections chaudes et l'emploi des spéculums réfrigérateurs (fig. 20). L'hypersécrétion est justiciable du même traitement aidé par l'application de tampons imprégnés de glycérolé au tannin, par les scarifications et autres moyens analogues, surtout lorsqu'on a pratiqué préalablement l'abrasion de la muqueuse.

Si la santé générale continue à être troublée, surtout si la malade souffre beaucoup de la flexion utérine, l'amputation du col est indiquée.

§ 2. Déplacements et modifications de forme de l'utérus et du vagin

I. — VERSIONS ET FLEXIONS UTÉRINES

Lorsque, vers le milieu de ce siècle, la gynécologie se transforma en une branche spéciale et indépendante de l'art de gué-

(1) Schröder, *Krankh. der weibl. Geschlechtsorg.*, VII p. 76.

BIBLIOTECA

rir, la question des changements de forme et de situation de l'utérus, telle qu'on pouvait l'envisager avec les moyens d'investigation dont on disposait alors, fut mise la première à l'ordre du jour. Il n'est pas étonnant qu'après l'invention de l'hystéromètre, qui rendait plus facile l'exploration, et permettait de constater l'extrême fréquence de ces déviations dans les maladies les plus graves de la femme, on leur ait accordé une importance extrême dans la nosologie, et que ce soit d'elles qu'on ait commencé à s'occuper dans le traitement de ces affections. A cette époque l'idée qu'on se faisait de la position physiologique de la matrice était absolument défectueuse. Il était donc inévitable qu'on prît pour des déviations pathologiques, des positions qu'aujourd'hui nous ne pouvons plus considérer comme telles. En effet, pour nos prédécesseurs, l'utérus normal était situé dans l'axe vertical du bassin, à peu près au centre de l'excavation pelvienne (1).

Cette hypothèse qui paraissait trouver sa justification anatomique dans les résultats fournis par la fameuse coupe de *Kohlrausch* (fig. 4), autorisait les gynécologues à interpréter comme un fait pathologique toutes les déviations en avant et en arrière de la matrice. *B. S. Schultze* d'Iéna a bien mérité de la science en réduisant à néant ces théories; sa première publication sur la situation physiologique de l'utérus fut le point de départ des réformes introduites dans l'histoire des déplacements utérins. ***Le plus grand nombre des antéflexions et des antéversions considérées jadis comme pathologiques sont au contraire normales et ne réclament absolument aucun traitement orthopédique.***

Le degré d'antéversion normale de l'utérus fut, à cette époque, longuement discuté dans tous ses détails. A mon avis, il est absolument indifférent que l'utérus ait plus ou moins basculé en avant, et que la vessie soit située de telle ou de telle manière au-dessous de lui. En raison de l'extrême mobilité de l'organe, la définition de sa position physiologique ne devra pas se ren-

(1) La première monographie un peu importante sur les anomalies de conformation et de position de l'utérus est de E. Martin, et a été écrite sous l'influence de cette hypothèse (*Flexions et versions utérines*, Berlin, 1866 (2e éd., 1870).

fermer en des limites trop restreintes; et, à cette condition, la plupart des cas normaux y rentreront.

Voilà donc le domaine des déviations pathologiques déjà singulièrement amoindri. On ne peut, malgré cela, s'empêcher de le réduire encore. Et cette réduction me semble découler logiquement de l'exploration attentive des viscères pelviens. Même dans les ouvrages où les antéversions et les antéflexions ne figurent plus qu'exceptionnellement comme des phénomènes pathologiques, on ajoute qu'il ne faut reconnaître à ces lésions une valeur morbide qu'alors que l'utérus se trouve immobilisé par des adhérences périmétriques et paramétriques, de telle sorte que le déplacement, vers les parois du bassin, de l'organe, plus ou moins rigide par lui-même, est devenu impossible. ***A mon avis, ces cas ne rentrent pas dans la catégorie des flexions et des versions; ils se rattachent uniquement à l'histoire de la périmétrite et de la paramétrite.*** Tout d'abord, parce que les symptômes morbides sont créés par ces dernières affections; ensuite, parce que le traitement doit être institué exclusivement contre elles; et enfin parceque, après leur guérison, la déviation perd presque toujours toute importance.

Au point de vue pratique, il me semble rationnel de remplacer cette phrase : « La malade est atteinte d'antéflexion ou de rétroflexion avec adhérences. » par celle-ci : « La malade souffre d'une périmétrite ou d'une paramétrite avec distorsion de l'utérus antéfléchi ou rétrofléchi. » J'insiste sur ce point afin d'éviter au médecin la tentation d'entreprendre quoique ce soit contre la déviation elle-même, tant qu'il existe de la périmétrite ou de la paramétrite. Dans ces conditions, en effet, le praticien qui n'a pas fait une étude spéciale de ces maladies, applique le traitement orthopédique qu'il trouve indiqué dans les livres, et les résultats qu'il en obtient ne font que jeter du discrédit sur la thérapeutique gynécologique.

En excluant les cas dans lesquels il y a inflammation péri ou paramétrique, il faudra repousser également ceux où la déviation est due à des néoplasmes de l'utérus lui-même ou développés dans le voisinage. Et cela parce que, vis-à-vis de la tumeur, le déplacement est chose absolument accessoire et secondaire.

BIBLIOTHECA FAC. DE MED. BASEL

L'importance du chapitre des déviations utérines me semble donc devoir être considérablement diminuée. La connaissance plus précise de la position physiologique de la matrice, grâce aux progrès des méthodes d'investigation, l'exige. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas d'antéflexions et d'antéversions, de rétroversions et de rétroflexions essentiellement pathologiques et dont le traitement n'offre un vaste champ d'action au praticien. Je suis loin, en effet, de partager l'opinion très répandue, surtout en Angleterre, d'après laquelle les déplacements de l'utérus n'auraient aucune signification morbide.

On a regardé longtemps comme très importante la distinction entre les versions et les flexions. Il est impossible de nier qu'il n'y ait de la différence entre une flexion à angle aigu de l'axe utérin ou une direction droite et rectiligne de l'organe. En fait, il n'y a là qu'une question de degrés; on s'en rend compte surtout dans les cas où, sous l'influence d'agents nocifs, un utérus à incurvation jusque-là normale tombe en flexion et éprouve, lui ou les annexes, les conséquences de la gêne circulatoire.

La plupart des symptômes dépendent, d'après mes observations, de ***processus irritatifs*** fortuits, intéressant surtout ***la muqueuse de l'utérus,*** et disparaissent avec la guérison de ces derniers. Dans d'autres cas cependant, le cortège symptomatique est uniquement le résultat des anomalies de position et de forme elles-mêmes. C'est de ceux-là que nous allons nous occuper surtout. N'oublions pas de dire que les phénomènes d'irritation au niveau d'un utérus ainsi fléchi amènent souvent des complications spéciales.

Il faut, au point de vue diagnostique, séparer nettement les versions des flexions; mais au point de vue du traitement, cette distinction ne sera utile que dans des cas tout à fait particuliers.

Comme les diverses formes de version et de flexion ont une importance qui varie avec leur étiologie, et qu'il en découle des indications thérapeutiques différentes, je les diviserai en:

1° ***Versions et flexions congénitales ou acquises en dehors de l'état puerpéral;***

2° ***Versions et flexions acquises pendant la grossesse;***

3° ***Versions et flexions acquises pendant l'état puerpéral.***

a) Antéversions et antéflexions.

I. — ***Antéversions et antéflexions congénitales ou acquises en dehors de la puerpéralité.*** — Étant donné l'antédéviation normale de l'utérus, je ne considère ***l'antéversion*** comme pathologique que quand le corps de l'organe, par suite d'une

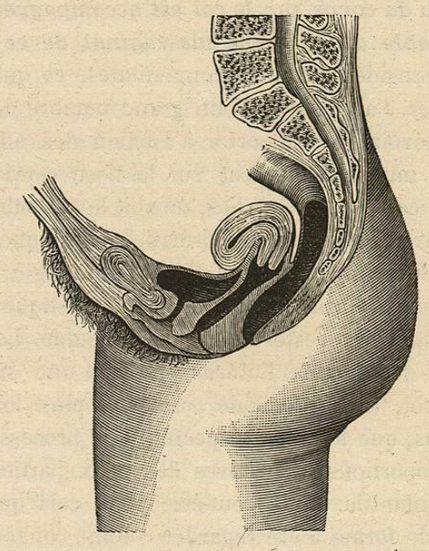

Fig. 37. — Antéflexion de l'utérus.

trop grande mobilité, vient se coucher sur la vessie, de telle façon qu'il ne suit plus les mouvements de déplacement que lui font subir physiologiquement, *a collo* surtout, la réplétion ou la vacuité de la vessie et du rectum. Que l'union du col avec la vessie soit normale ou non, le corps de l'utérus vient tomber sur le réservoir urinaire dont il empêche la distension régulière.

Dans l'antéflexion, le corps s'incline au devant du col et s'insinue, en passant entre celui-ci et la vessie, dans la voûte vaginale antérieure (fig. 37); ou bien encore il s'empare de tout

BIBLIOTECA

l'espace situé au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, et s'oppose au développement de la vessie, absolument comme un utérus gravide.

A côté des cas relativements rares où ces états pathologiques sont congénitaux, il en est d'autres où ils sont le résultat de processus phlegmasiques antérieurs.

Ces cas se distinguent ordinairement par la rigidité extrême du col (fig. 38, page 101). Je fais allusion ici ***aux formes d'antéflexion, où la flexion du corps sur le col est accompagnée d'un allongement notable du segment sus-vaginal de ce dernier.*** On a voulu les considérer comme congénitales, ce qui à mon avis est une erreur. J'ai observé (1) un grand nombre de ces lésions, et je crois devoir les rapporter à l'action des affections catarrhales de la muqueuse du col sur le tissu cervical lui-même. Sous l'influence de ces catarrhes, on voit le col subir non seulement une coarctation et une déformation chroniques de ce que *Simpson* et *Sims* appellent l'os tincae (Chirurgie utérine, *loco citato*), mais encore une élongation caractéristique du segment sus-vaginal. Le corps reste longtemps indemne. Lorsque le catarrhe a duré des années, l'utérus présente une singulière difformité: le col, droit et rigide, est bien plus long, rarement bien plus gros, que le corps respecté par le processus inflammatoire. Les proportions respectives des deux parties sont celles d'un utérus infantile. C'est peut-être pour cela qu'une pareille modification de forme a été regardée comme congénitale.

Toutefois on peut suivre cliniquement et pas à pas le développement de cet allongement sus-vaginal du col et de l'antéflexion consécutive du corps, qui demeure petit.

Ces cas se caractérisent encore par la prise de possession par l'utérus de l'excavation du sacrum; le col allongé est dirigé en avant et en bas; la portion moyenne du segment sous-vaginal paraît fortement hypertrophiée; le doigt peut, par une forte extension, suivre le col à travers le cul-de-sac vaginal postérieur, de telle sorte qu'on diagnostique parfois une rétroversion, et cela d'autant plus facilement qu'on ne réussit pas toujours à

(1) DE RABENAU, *Berl. Kl. Wochenschr.*, 1882, n° 36.

toucher le corps utérin à travers le cul-de-sac antérieur du vagin, même à l'aide de l'exploration combinée. C'est, du moins, ce qui arrive lorsque la vessie n'a pas été complètement vidée. Souvent le corps, sous forme d'un petit appendice, est antéfléchi sur le col d'une façon complète; on s'en assurera par la palpation bi-manuelle ou bien encore par le simple toucher. On fait glisser le doigt le long de la paroi latérale du col jusqu'à ce qu'on atteigne, tout au fond du vagin, le niveau de l'isthme utéro-cervical. Il est évident que, dans ces cas, l'emploi de la sonde vous renseignera aussi bien sur la longueur du segment cervical que sur le siège de la flexion. Ce procédé sera même utile aux débutants pour contrôler les résultats obtenus par l'exploration combinée. Lorsqu'on est habile dans la pratique de cette dernière on peut en général se passer de cathéter.

A l'appui de la justesse de la théorie qui considère les catarrhes cervicaux comme l'origine de l'antéflexion accompagnée d'élongation sus-vaginale du col, nous possédons ce fait d'observation fréquente que, chez les femmes uni ou multipares, l'utérus auparavant normal se transforme, sous l'influence de processus catarrhaux du col, en un utérus antéfléchi avec allongement de la portion sus-vaginale. Les traces de la gravidité disparaissent, la matrice rigide plonge profondément dans le bassin. La portion sus-vaginale du col est très allongée, et le corps, relativement petit, en antéflexion. L'orifice externe est, chez ces femmes, presque aussi étroit que chez leurs compagnes de souffrances restées vierges. A dater de ce moment elles sont stériles.

Dans l'***antéversion*** l'utérus, devenu une masse rigide à la suite d'inflammations chroniques du parenchyme ou de la muqueuse, repose lourdement sur la vessie et le rectum dont il entrave les fonctions. Dans d'autres cas, on ne trouve point d'altérations anatomo-pathologiques qui puissent être invoquées pour expliquer le déplacement.

Lorsqu'il y a ***antéflexion,*** la gêne circulatoire, qui se produit au niveau de la coudure, amène des stases dans le col et le corps, stases qui se manifestent surtout par une infiltration considérable du tissu intermusculaire, un engorgement et des ruptures vasculaires, et une hypersécrétion très accentuée de la muqueuse.

BIBLIOTHECA FAC. DE MED. DE LA UNIV.

Au bout de quelques années de cet état morbide, tantôt il se produit une diminution de volume de l'organe qui reprend une mollesse et une épaisseur voisines de la normale, tantôt l'utérus devient extraordinairement dur et rigide; et alors la vascularisation du col en souffre à un tel point que, lorsqu'on pratique la scarification par exemple, l'hémorrhagie n'est jamais en rapport avec la profondeur de la plaie. Quant à l'endroit infléchi lui-même, il s'atrophie. Et ce n'est pas toujours la paroi antérieure du col qui s'atrophie, mais, ainsi que le démontre la préparation si curieuse de *Winckel* (1), la paroi postérieure, elle aussi, subit la dégénérescence.

Les ***symptômes*** de l'antéversion et de l'antéflexion acquises se manifestent quelquefois avant, mais le plus souvent après l'apparition de la menstruation.

J'ai rencontré souvent la ***dysurie*** comme conséquence de la déformation utérine chez les jeunes filles non pubères et non encore menstruées. La dysurie, accompagnée de ténesme rectal, coïncide fréquemment avec l'apparition des règles, et disparaît lorsque celles-ci sont établies. Mais il est des cas où, au moment du flux cataménial, les symptômes ne font que s'accentuer, surtout lorsque les modifications anatomiques se compliquent d'affections de la muqueuse ou du parenchyme utérins. Les douleurs occupent le milieu du ventre, prennent le caractère de coliques, et, tout en précédant de beaucoup l'époque de la puberté, ne cessent pas toujours avec la ménopause. Les malheureuses femmes peuvent souffrir ainsi de longues années. Puis, à un moment donné, les douleurs s'irradient au loin; il se développe des symptômes de cystite chronique, des troubles gastro-intestinaux, des migraines, etc. D'autres fois, la nubilité une fois complète, les accidents s'amendent considérablement pour disparaître fréquemment sous l'influence du mariage et particulièrement de la conception. Les jeunes femmes restent-elles stériles, on n'hésite pas à mettre l'infécondité sur le compte de l'antéversion ou de l'antéflexion, alors que parfois elle n'est imputable qu'à la maladie de la muqueuse utérine ou à l'impuissance du mari.

(1) Atlas, Pl. x.

J'ai rencontré la seconde forme d'***antéflexion,*** c'est-à-dire celle qui est ***accompagnée d'allongement sus-vaginal du col,*** principalement chez les femmes de condition. Ces femmes qui s'étaient mariées en apparence bien portantes, présentèrent ultérieurement et sans s'en douter, tous les signes d'un catarrhe utérin; et, lorsqu'après des années de stérilité elles se firent examiner, on trouva une élongation considérable de la portion sus-vaginale du col et un utérus infantile, c'est-à-dire un corps relativement petit pendant au-devant d'un col augmenté de longueur. Le plus gros contingent de ces malades est fourni par des institutrices non mariées et par les jeunes filles qui se sont conquis elles-mêmes une position sociale, les tailleuses, les modistes, les danseuses, etc.

Je crois pouvoir admettre, d'après mes observations personnelles, que la plupart des antéflexions et antéversions ne sont pas congénitales et, par conséquent, idiopathiques, mais qu'elles sont le résultat de catarrhes de l'utérus.

Il a toujours été difficile de donner ***l'explication des accidents dysménorrhéiques*** qui accompagnent ces sortes d'antéflexions. Jadis on admettait que la sécrétion menstruelle était retenue dans le corps de l'utérus, et que les douleurs étaient provoquées par les contractions des parois, contractions analogues à celles de la parturition, et destinées à chasser le sang à travers l'orifice obturé ou sténosé par l'effet de la déviation. Je suis persuadé que cette interprétation est la vraie pour un certain nombre de cas, pour ceux notamment où le canal cervical est le siège, soit dans le segment supérieur, soit dans l'inférieur, de rétrécissements le plus souvent cicatriciels, et où le tissu inodulaire s'étend au-delà du canal dans l'épaisseur même du col. Cependant, il n'est pas rare de rencontrer les mêmes accidents sans la moindre trace d'altérations cicatricielles ou de coarctations du conduit cervical ou de l'orifice interne. En pareil cas, il est impossible d'invoquer le même facteur étiologique pour expliquer les douleurs. Ces dernières sont causées — le fait est plus que probable — par le gonflement et l'hypertrophie de la muqueuse et du parenchyme utérins dont la structure est altérée (1).

(1) M. Duncan, *l. c.* — Vedeler, *Arch. f. Gyn.* XIX.

BIBLIOTECA

A la ***dysménorrhée*** et à la ***stérilité*** s'ajoutent fréquemment des signes de ***catarrhes récidivants de l'utérus.*** Il est une série de cas où les symptômes de catarrhe disparaissent, lorsque l'antéflexion s'est produite ; les malades « se trouvent bien » et ne se plaignent plus que d'accidents dysménorrhéiques passagers et surtout de stérilité. Il y a des femmes qui ne se soumettent au traitement que lorsque le catarrhe a atteint un degré extraordinaire. Chez celles-là on constate de violentes douleurs sacrées, de la sensibilité du bas-ventre, des sensations douloureuses dans les parties génitales, une leucorrhée irritante, de la dysurie, de la constipation et des désordres du côté de l'estomac et du système nerveux.

Le ***diagnostic*** des antéversions et des antéflexions se fonde uniquement sur les résultats de l'exploration. Une confusion est presque impossible. Aussi est-il à peine utile de recommander, pour rendre plus facile l'examen complet, l'évacuation préalable de la vessie et du rectum et, au besoin, l'usage du chloroforme.

Je suppose qu'on ne considérera les modifications de forme et de situation de l'utérus comme la source des maux dont se plaignent les femmes, qu'autant qu'il y aura absence de toute autre altération, surtout dans les organes annexes. Si ces altérations existaient simultanément, ce n'est qu'après s'être assuré qu'elles ne sont nullement incriminables, qu'il faudrait accuser la déviation des accidents observés.

Le ***pronostic*** des formes d'antéversion et d'antéflexion que nous venons d'étudier, dépend de la symptomatologie. En général, il est facile de remédier aux accidents dysménorrhéiques et de restreindre le processus catarrhal qui complique l'infirmité. Mais la guérison complète n'est possible qu'à la condition que l'utérus se transforme et acquière un développement parfait (cela arrive). Or, ce résultat n'est pas toujours facile à atteindre.

Traitement. — Lorsque l'antéversion et l'antéflexion sont simples et se rencontrent chez des femmes jeunes encore, le point important du traitement est un régime convenable, un régime apte à amener le développement parfait de tout l'organisme. Il faut veiller à ce que les digestions soient bonnes et régulières et que

la femme prenne beaucoup d'exercice. Lorsqu'on n'obtient rien de cette façon, il ne faut pas hésiter à intervenir localement, même chez les vierges, en ayant soin, avant toutes choses, de se débarrasser du catarrhe qui complique la déviation. Le but du traitement local est la réduction de l'antéversion, le redressement de la flexion de l'axe utérin. Pour y arriver, on employait jadis couramment les pessaires intra-utérins. La plupart des cas ainsi traités ne réclameraient plus aujourd'hui de traitement orthopédique. Celui-ci est réservé exclusivement aux cas tout à fait typiques. Et comme ces cas sont rares, on n'a que rarement aussi occasion de faire usage de ces pessaires. Pour les cinq dernières années, je ne trouve dans les observations prises à ma policlinique (1,500 à 1,800 malades gynécologiques par an) et dans ma clientèle privée (800 malades environ par an) que deux cas où j'aie dû avoir recours à ce mode de traitement.

Lorsque l'utérus est couché et se meut sur la vessie, et qu'il occasionne les cystopathies décrites ci-dessus, on arrive à procurer du soulagement à la femme par le repos horizontal prolongé pendant des heures et fréquemment répété, par la dilatation de la vessie, par l'emploi de narcotiques, au besoin par des lavages du réservoir urinaire. Jusqu'à présent je n'ai vu que peu d'exemples où les accidents aient résisté à ce traitement. Dans ces derniers temps j'ai renoncé complètement aux pessaires vaginaux dans le traitement des antédéviations de la matrice.

Lorsque j'ai affaire à des parois utérines flasques et imparfaitement développées, j'applique, après préparation préalable des voies, un tuteur intra-utérin, d'après la méthode décrite à la page 83.

Bien souvent l'abrasion de la muqueuse suffit. Sous l'influence de cette opération, l'utérus tout entier se transforme et acquiert une configuration et une consistance normales ; les phénomènes morbides même disparaissent, malgré la persistance de l'antéversion et de l'antéflexion. Dès lors je m'abstiens de toute intervention locale ultérieure. Lorsque les symptômes se sont manifestés uniquement après l'apparition d'un catarrhe, c'est celui-ci qu'il faut combattre.

Quand les accidents pathologiques sont la conséquence d'une

BIBLIOTECA