

§ V. — Anatomie pathologique.

On observe quelquefois, mais très exceptionnellement, dans l'utérus des dépôts de granulations grises. Dans la forme que M. Brouardel décrit comme la forme commune type, le dépôt ne se fait pas dans le tissu même de l'utérus, mais à la surface de la muqueuse qui est recouverte d'une matière caséo-purulente plus ou moins épaisse, on rencontre ce dépôt dans le corps de l'utérus, très rarement dans le col. La muqueuse n'est pas toujours altérée, et on peut assez facilement en séparer ces dépôts caséux. Elle est quelquefois un peu épaissie, la rougeur en est légèrement augmentée. On rencontre le plus souvent la couche tuberculeuse à la partie supérieure, vers le fond de l'organe, et, s'il s'est produit chez une femme récemment accouchée, il occupe généralement la surface d'insertion du placenta (1). M. Namias (2), après avoir admis dans un premier travail cette forme comme la plus commune, dans un second mémoire montre qu'elle n'est pourtant pas la seule, et que le tubercule peut exister aussi dans l'épaisseur du tissu utérin (3).

Le volume de l'utérus s'accroît jusqu'à prendre deux ou trois fois les dimensions qu'il a dans l'état normal, à mesure que la maladie fait des progrès les parois utérines deviennent plus minces; à ce point qu'il a quelquefois été impossible de déterminer dans quel tissu siégeait la lésion. Cette augmentation de l'utérus est loin d'être la règle, mais lorsqu'elle existera, elle constituera un excellent élément de diagnostic. MM. Crocq (4), Senn (de Genève) (5), Namias (6), Viallet (7), ont publié à ce propos des observations où l'on constate ce développement de l'utérus.

Enfin, il est rare que le tubercule ait envahi l'utérus sans qu'on le retrouve dans les annexes, et surtout, comme nous l'avons déjà fait pressentir, dans le péritoine pelvien où retentissent si facilement les affections des organes génitaux. Si cette membrane n'est pas le siège de dépôts tuberculeux, on peut toujours affirmer qu'on y rencontrera les traces d'inflammation plus ou moins récente, et comme cette inflammation offre ce caractère spécial de se montrer par bouffées successives, on trouvera des adhérences, des brides souvent en nombre considérable. Ces adhérences, ces brides, déterminent entre les organes pelviens des rapports nouveaux auxquels le hasard seul ne préside pas, puisque dans un grand nombre de cas, comme le fait

(1) Cornil, obs. citée par Brouardel, thèse, 1865, p. 44.

(2) Namias, 1^{er} mémoire déjà cité.

(3) Brouardel, obs. IV.

(4) Crocq, *Archives générales de médecine*, 1860.

(5) Senn, *Archives générales de médecine*, 1831, 1^{re} série, t. XXVII, p. 231.

(6) Namias, Premier mémoire.

(7) Viallet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1849, p. 39.

observer M. Brouardel, ils se présentent identiques à ce point qu'on a pu regarder comme un signe de la tuberculisation des organes pelviens la présence des annexes utérines dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

§ VI. — Traitement.

Dans la tuberculisation utérine, comme dans la phthisie pulmonaire, la médecine n'offre que des ressources bien limitées, mais la phthisie est curable (1); pourquoi n'en serait-il pas de même de la phthisie génitale? Les mêmes moyens devront être mis en usage: toniques, reconstituants, anti-scrofuleux. Ainsi, l'huile de foie de morue, les préparations iodées, les bains sulfureux, etc., l'exercice modéré au grand air, le séjour à la campagne, et enfin les eaux minérales sulfureuses, celles des Pyrénées prises en boisson, en bains et en douches, auront de grands avantages; quelle que soit la médication à laquelle on aura recours, on ne devra jamais perdre de vue l'état des organes thoraciques. En somme, tous les moyens qui tendront à maintenir ou à rétablir l'intégrité des fonctions digestives et à soutenir les forces de la malade seront toujours les plus utiles, sauf à tenir compte des indications du moment. Par exemple, l'invasion d'un de ces accès de pelvi-péritonite dont nous avons parlé viendra évidemment modifier le traitement. Dans ce cas, on traitera la complication inflammatoire comme si elle était indépendante de toute altération tuberculeuse, sans oublier toutefois que l'état des forces est à ménager et que les rechutes sont fréquentes.

CHAPITRE XX

ANTÉFLEXION ET ANTÉVERSION DE L'UTÉRUS (1).

§ I. — Anatomie normale.

Avant de décrire les divers déplacements pathologiques que l'on rencontre, nous appellerons d'abord l'attention sur plusieurs dispositions d'anatomie normale.

(1) Voyez Fonssagrives, *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*, 2^e édition. Paris, 1880. BIBLIOGRAPHIE: William Hunter, *Remarks on wall's case (Medical observ. and inquiries)*. London, 1771, vol. IV, p. 338 et suiv., et *Anatomia uteri humani gravidi*. Birmingham, 1774. — Jourdan, *Dict. des sciences méd.* Paris, 1818, t. XXIII, p. 275, art. HYSTÉROLOGIE. — Ameline, *Essai sur l'antéversion de l'utérus*, thèse. Paris, 1827, n^o 55. — Nauche, *Des maladies particulières aux femmes*. Paris, 1829, t. I. — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 195. — Hervez de Chégoin, *De quelques déplacements de la matrice et des pessaires (Mém. de l'Acad. de médecine)*. Paris, 1833, t. II, p. 319. — Gooch, *Lectures on midwifery*, editeb by Skinner

I. Chez la femme, l'obliquité du bassin est plus grande que chez l'homme. Chez la femme en position debout, la face antérieure de la symphyse est presque horizontale; on reconnaît cette disposition à la simple inspection. De plus, l'axe de la circonférence supérieure est beaucoup plus horizontal qu'on ne l'avait cru, et cette disposition persiste dans la position assise.

II. En dehors de l'état de grossesse, l'axe de l'utérus correspond ordinairement à celui du détroit supérieur; bien loin de se continuer avec celui du vagin, cet axe est presque à angle droit avec l'axe vaginal; mais, comme l'utérus n'est pas maintenu en place d'une manière

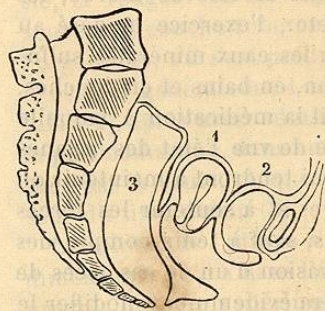


Fig. 160. — Coupe du bassin à l'état de vacuité (*).

absolue par ses ligaments, et, d'autre part, comme la vessie et le rectum changent sans cesse de forme et, par suite, de position, il en résulte que l'utérus a une certaine latitude dans les mouvements, et que bien des changements de positions sont sans importance, du moment qu'ils sont temporaires (fig. 160).

III. Au premier degré d'un changement permanent et, par suite, nuisible dans la position de l'utérus, l'organe, par l'effet d'une cause quelconque, prend une direction plus verticale, qu'il y ait ou non une dépression; ce changement de position est le début d'un prolapsus ou d'une rétroversion.

IV. Le moindre changement en ce sens donne lieu à des symptômes morbides notables. L'examen direct et les renseignements fournis par les malades le prouvent. Les premiers symptômes sont quelquefois ceux auxquels donnerait lieu l'abaissement de l'organe, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et cela même chez des jeunes filles vierges. La preuve en est qu'on fait disparaître les douleurs en pous-

p. 117 et 119. — Dezanneau, *De l'obliquité antérieure de la matrice*. Paris, 1835. — Lacroix, *De la rétroversion et de l'antéversion* (*Annales de la Chirurgie*. Paris, 1845, t. XIII, p. 420). — Desormeux et P. Dubois, *Dictionnaire de médecine*, en 30 volumes, t. XXX. Paris, 1846, p. 373. — Baud, *Déviation et engorgement de l'utérus*. Paris, 1859. Voy. rapport de M. Hervez de Chégoïn (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, 1849, p. 58), et discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part MM. Gibert, Velpeau, Malgaigne, Moreau, Jobert, A. Robert, Hugier, P. Dubois, Récamier. — Grimaud, *De l'antéversion de la matrice à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852. — Piachaud, *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1853. — Cuscot, *De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853. — Guyon (Félix), *Des cavités de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1858. — J. P. Picard, *Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité*. Paris, 1867, avec figures.

(*) 1, utérus; 2, vessie; 3, rectum (CHAILLY).

sant en avant le fond de l'utérus, de manière à le ramener à son axe normal. En général, si l'on déprime l'utérus, on augmente la sensation de pesanteur; quelquefois cependant cette dépression ne donne lieu à aucune gêne ni à aucune douleur: les femmes marchent ou se tiennent debout, comme dans le meilleur état de santé, pourvu toutefois que l'axe de l'organe ne soit pas dérangé. On trouve souvent un engorgement de l'extrémité du col, ce qui est une cause que le col vient appuyer sur le périnée. Nous avons souvent rencontré cette disposition sans qu'il en résultât aucun inconvénient pour la malade.

Il faut donc tenir grand compte de la direction de l'axe utérin, aussi bien que de sa position générale dans le bassin.

§ II. — Définition.

L'antéflexion (fig. 162) et l'antéversion (fig. 163) de l'utérus sont des déplacements par suite desquels l'utérus occupe une position transversale dans le bassin, le fond étant tourné vers la symphyse du pubis.

§ III. — Fréquence.

L'antéflexion ou inclinaison du corps de l'utérus sur le col peut se rencontrer en dehors de l'état de grossesse, bien que le fait soit rare.

L'antéversion de l'utérus en dehors de la grossesse est une disposition d'après laquelle le fond de l'organe est projeté en avant et le col en arrière. Ce fait est plus fréquent qu'on ne l'avait supposé. Cependant nous avons rarement rencontré des déviations de ce genre assez prononcées pour causer des douleurs en dehors des affections organiques. Valleix (1) rapporte que, sur 68 cas de déviations utérines, il a vu 11 antéflexions, 12 rétroflexions, 24 antéversions avec ou sans flexion, et 21 rétroversions avec ou sans flexion.

Paul Dubois (2) considère la rétroversion comme plus fréquente que la rétroflexion. Boulard a vu que chez le fœtus l'utérus est presque toujours en antéflexion; et sur 27 femmes adultes n'ayant jamais eu d'enfant, 19 filles de deux à treize ans, 17 fœtus femelles à terme, il a trouvé presque constamment de l'antéflexion (3). Ces observations ont été confirmées par M. Porchat.

(1) Valleix, *Leçons cliniques sur les déviations utérines* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1851 et 1852; *Leçon faite à l'Hôtel-Dieu de Toulouse*, recueillie et rédigée par M. Gaussail (*Journal de médecine de Toulouse*, 1851); *Des déviations utérines, leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié*, recueillies et rédigées par M. Gallard (*Union médicale*, 1852; *Gazette des hôpitaux*, 1852, n° 54, 123 et 1854, n° 47, 50 et 67); *Guide du médecin praticien*, 5^e édition. Paris, 1865, t. V.

(2) Paul Dubois, *Gazette médicale*, 4 novembre 1850. — Comparez Deville, *Sur la fréquence des anté et rétroflexions de l'utérus* (*Revue médico-chirurgicale*, 1840).

(3) Boulard, *De l'antéflexion* (*Revue méd.-chir.*, juin 1853, vol. XIII, p. 341); *Quelques mots sur l'utérus*, thèse. Paris, 1853.

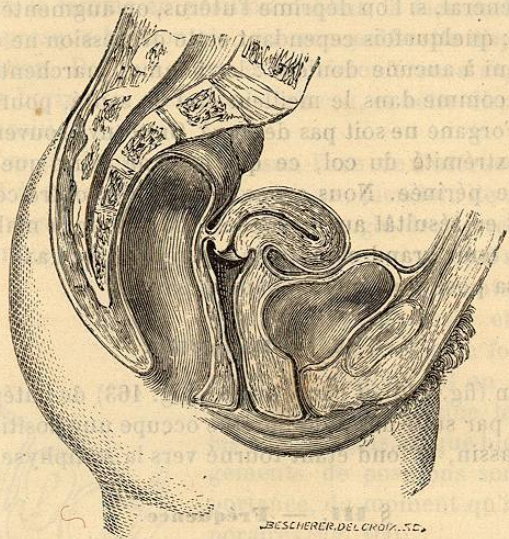


Fig. 161. — Anteflexion de l'utérus.

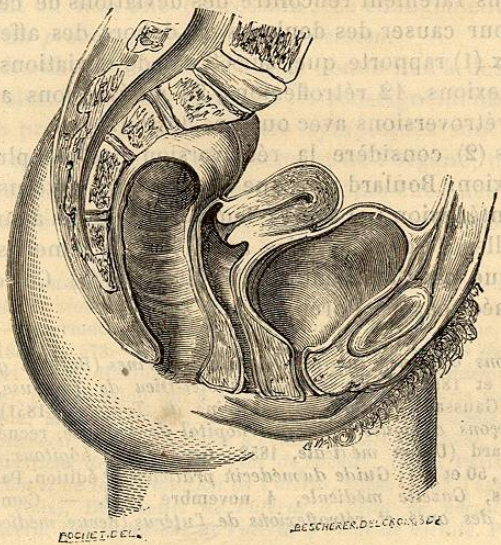


Fig 162. — Antéversion de l'utérus.

M. Verneuil et Follin ont également constaté que l'antéflexion existait à l'état physiologique chez l'enfant nouveau-né et chez la femme vierge. Aran a noté cette disposition anatomique à un moindre degré chez la femme qui a eu des rapports sexuels, et la désigne sous le nom d'antécourbure. Cette antécourbure disparaît sous l'influence de la grossesse. Les axes du corps et du col, qui auparavant n'étaient pas dans le même plan, se confondent pour n'en faire qu'un seul (1).

Quand la femme est enceinte, cet accident est rare : il se présente seulement dans les cas où l'utérus a à peu près son volume normal et qu'il est encore dans la cavité du bassin. Il y a d'ailleurs diverses circonstances qui préservent les femmes de ce déplacement. Situé près du détroit supérieur, l'utérus s'appuie antérieurement sur la vessie et se trouve, en arrière, en contact avec le rectum. La situation oblique

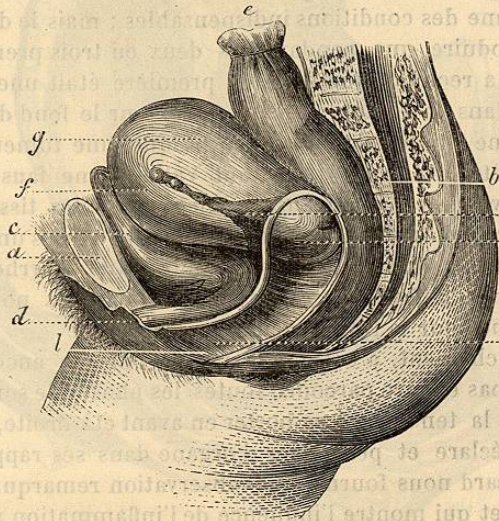


Fig. 163. — Coupe du bassin vu de profil, représentant l'antéversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse (*).

du bassin favoriserait la production de l'antéversion, n'était l'obstacle formé par la vessie, souvent distendue, et la réflexion du péritoine, d'un organe sur l'autre. Tant que la vessie renferme beaucoup d'urine l'antéversion est impossible. Quand ce déplacement a lieu (fig. 163), le fond de l'utérus vient antérieurement jusqu'à la face postérieure de

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les mal. de l'utérus*. Paris, 1858-60, p. 981.

(*) a, pubis droit; b, le sacrum; c, la vessie; d, l'urèthre; ee, le rectum; f, coupe de la trompe et du ligament du côté gauche de l'ovaire; g, corps de l'utérus; h, portion latérale de l'utérus qui n'est point recouverte du péritoine; i, museau de tanche; k, le vagin. (BOUVIN et DUCOIS, *Atlas*, pl. XI, fig. 4.)

la symphyse du pubis et presse sur le col de la vessie ; le col utérin s'applique en arrière sur le rectum, et ainsi l'organe, au lieu d'être à peu près perpendiculaire, se trouve placé transversalement.

§ IV. — Causes.

Pour que l'antéversion ou l'antéflexion se produisent, il faut que le fond de l'utérus devienne plus lourd que de coutume, par rapport à la portion inférieure de l'organe, ou bien qu'une cause extérieure vienne déterminer cette déviation. En dehors de l'état de grossesse, l'hypertrophie chronique de la paroi antérieure, une congestion considérable des tumeurs développées dans cette paroi, peuvent amener le renversement. La vacuité de la vessie, un effort soudain, le relâchement des ligaments par suite de grossesses antérieures, sont autant de causes favorables. La grossesse, en augmentant le poids du fond de l'utérus, remplit aussi une des conditions indispensables ; mais le déplacement ne peut se produire que pendant les deux ou trois premiers mois. Quelquefois on a reconnu que la cause première était une accumulation de fèces dans le rectum, venant peser sur le fond de l'utérus ; d'autres fois, une attaque de métrite chronique, une tumeur fibreuse, des tumeurs rétro-utérines ou, suivant Valleix, une fausse couche, amènent l'antéversion ; il faut aussi admettre que les tissus environnants se sont relâchés. On a encore cité comme causes un coup, une chute, les secousses d'une voiture trop dure, une diarrhée rebelle ; mais il est clair qu'il faut des causes plus énergiques pour produire l'antéversion que pour la rétroversion.

Après l'accouchement, à cette époque où l'utérus encore volumineux, n'ayant pas encore parcouru toutes les phases de son évolution régressive, a de la tendance à se porter en avant et à droite, une péritonite se déclare et peut fixer l'organe dans ses rapports anormaux. Paul Picard nous fournit une observation remarquable, due à Natalis Guillot, et qui montre l'influence de l'inflammation péritonéale sur la position de l'utérus après l'accouchement.

OBSERVATION I. — *Antéflexion produite par des fausses membranes unissant la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie. Hypertrophie de l'utérus consécutive à l'accouchement.* — Une femme de vingt-huit ans, après un accouchement régulier, éprouve, deux jours après la parturition, des douleurs abdominales très vives, la pression exaspère ces douleurs ; l'utérus, qui atteint l'ombilic, est très sensible, le ventre se météorise, il y a des hoquets, des vomissements verdâtres ; le pouls est petit, filiforme, très rapide. On la traite par des sinapismes aux jambes, par des bains, des frictions belladonnées.

Cet état dura trois semaines environ ; il s'améliora sensiblement ; à cette époque, l'utérus dépassait de quatre travers de doigt le pubis, il était possible

de le déprimer, mais en provoquant de vives douleurs. Elle sort deux mois après ; elle est fort constipée, ne va à la garde-robe que tous les deux ou trois jours ; dans la station verticale, elle sent des douleurs dans la matrice ; la moindre secousse provoque chez elle des envies d'uriner très douloureuses, la fin de la miction est surtout pénible ; elle accuse des douleurs très vives dès qu'elle saute ; par le toucher, on constate que le col est très volumineux, la première phalange pénètre dans son intérieur ; un peu de douleur à la pression ; on sent l'utérus dans le cul-de-sac antérieur, il est toujours volumineux et dépasse de deux travers de doigt la symphyse du pubis.

Au bout de quatre mois, cette femme rentre à l'hôpital : elle a des tuber-

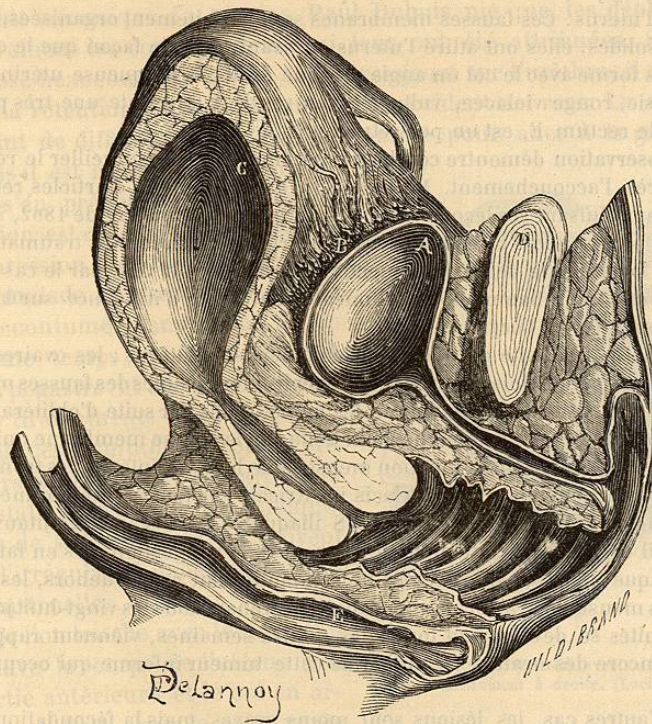


Fig. 164. — Antéflexion produite par des fausses membranes unissant la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie. — Hypertrophie de l'utérus consécutive à l'accouchement (*).

cules dans les deux poumons, le ventre n'est pas douloureux, mais le toucher vaginal et le palper abdominal permettent de constater le volume anormal de l'utérus qui est antéfléchi. La malade ne peut marcher droit, elle éprouve une grande pesanteur dans l'abdomen, des tiraillements dans les aines et des douleurs dans les reins et dans les lombes, elle se plaint d'une leucorrhée très abondante ; la malade souffre horriblement quand elle va à la garde-robe ; la miction est difficile, mais non douloureuse ; tout mouvement brus-

(*) A, vessie ; B, fausses membranes unissant le corps de l'utérus à la vessie ; C, utérus hypertrophié ; D, symphyse ou pubis ; E, rectum. P. PICARD.)

que, un sol inégal, un éternement, etc., lui causent une secousse pénible. Elle n'a pas eu ses règles depuis sa délivrance, et ne nourrissait pas. Cette femme succombe rapidement à une phthisie galopante. Outre les altérations pulmonaires, on trouve à l'autopsie :

L'utérus C (fig. 164), volumineux, fibreux, rougeâtre, jaune en quelques points ; les parois utérines sont hypertrophiées, surtout le fond de la matrice ; le col largement dilaté, un peu ulcéré à son orifice, présente une lèvre antérieure plus volumineuse que la postérieure. La flexion porte sur l'orifice interne et surtout sur la paroi antérieure. Des fausses membranes se trouvent sur les intestins, mais on en remarque une certaine quantité blanchâtres, serrées, résistantes, élastiques, B, qui s'étendent de la face postérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus. Ces fausses membranes sont parfaitement organisées, elles sont très solides, elles ont attiré l'utérus en avant, de telle façon que le corps de l'utérus forme avec le col un angle presque droit ; la muqueuse utérine est très épaisse, rouge violacée, vultueuse. La vessie A, présente une très petite capacité, le rectum E, est un peu rétréci près de l'anus.

Cette observation démontre combien il est important de surveiller le retrait utérin après l'accouchement. M. Pajot (1), dans une série d'articles remarquables reproduisant ses leçons cliniques du premier semestre de 1862, insistait sur ce point : que l'utérus hypertrophié triplait l'étendue du traumatisme utérin, et favorisait le début de l'infection purulente. On voit, par le cas précédent, combien l'inflammation péritonéale peut avoir d'influence sur la position consécutive de l'organe.

Mais la pelvi-péritonite ne porte pas seulement sur l'utérus ; les ovaires, les trompes, sont quelquefois enlacés dans les replis inextricables des fausses membranes, d'où la gêne dans l'ovulation, les hématoécèles par suite d'oblitérations de la trompe, le développement de l'œuf gêné par la fausse membrane qui entoure l'ovaire. Que devient la fonction menstruelle lorsque l'utérus, les trompes, les ovaires, sont englobés dans un lacis inextricable de fausses membranes qui font un paquet de l'intestin grêle, de l'S iliaque et des organes génitaux ? A vrai dire, il n'y a pas d'écoulement de sang, mais la congestion ne s'en fait pas moins chaque mois ; et si les règles ne se manifestent pas au dehors, les exacerbations mensuelles, la formation d'abcès provenant tous les vingt-huit jours, les péritonites se développant toutes les quatre semaines, viennent rappeler qu'il y a encore des ovaires au milieu de cette tumeur informe qui occupe le bassin.

Dans d'autres cas, les lésions sont moins graves, mais la fécondation est impossible, les ovaires sont repliés en arrière, rabattus dans le compartiment postérieur du petit bassin. Les trompes, sans être oblitérées, sont fixées au ligament large et ne peuvent plus être rapprochées de l'ovaire. Les adhérences des trompes et des ovaires avec l'intestin expliquent ces douleurs atroces, ces traits de feu dont se plaignent les femmes constipées. Peut-être aussi les souffrances intolérables qui accompagnent dans quelques cas le début des menstrues, souffrances survenant brusquement, et que je ne saurais mieux comparer qu'à celles qu'on observe dans la péritonite par perforation, sont-elles dues à des adhérences anormales de l'ovaire et de la trompe.

(1) Pajot, *Gazette des hôpitaux*, 1862.

Ces deux organes sont souvent, dans les flexions anciennes, le siège d'abcès, de kystes, etc.

Desgranges, de Lyon (1), parle d'une antéversion qui succéda à des pressions réitérées que la femme, ouvrière en soie, exerça avec le pied sur l'ensouple (espèce de gros rouleau) de son métier avec une cheville de fer, sans en descendre, ce qui est très pénible.

§ V. — Symptômes.

Les symptômes sont peu accusés, sauf en ce qui regarde le dérangement mécanique des parties. Paul Dubois nie que les déplacements entraînent les conséquences qui leur ont été attribuées. Si l'utérus presse beaucoup sur le col de la vessie ou sur l'urèthre, il en résulte de la rétention d'urine (2) ; mais cet accident est rare. La malade se plaint de difficulté pour uriner, comme pour aller à la garde-robe, mais il est rare qu'on soit obligé de s'en préoccuper. La constipation est quelquefois causée par la pression du col sur le rectum. La malade accuse une pesanteur inaccoutumée dans le bassin, en même temps qu'une douleur à l'hypogastre et au périnée, avec des tiraillements dans les reins ; tous ces symptômes sont d'ailleurs aggravés par la marche ou la station debout. Il y a quelquefois de la leucorrhée, et souvent de l'irrégularité dans les périodes menstruelles.

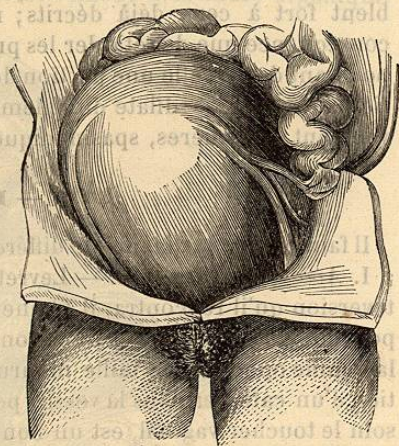


Fig. 163. — Utérus à terme avec sa double obliquité et son dévirement à droite. (Lucien PENARD.)

Si l'on touche avec le doigt, on trouve le corps de l'utérus à la partie antérieure et le col en arrière. Il faut avoir le soin, après avoir touché la femme couchée, de répéter l'examen dans la station debout ; car la position horizontale suffit quelquefois pour diminuer ou même effacer les courbures anormales. Si l'on essaye d'introduire la sonde utérine, il faut le faire suivant une direction tout à fait inaccoutumée, l'introduire d'arrière en avant et presque horizontalement. Il faudrait bien se garder d'avoir recours à ce mode d'examen, s'il y a lieu

(1) Desgranges, *Observations sur la rétention d'urine occasionnée par le renversement ou la position horizontale de la matrice* (*Journal de Médecine*, janvier 1783, t. LIX, p. 38).

(2) Wauters, *Journal de Médecine*, avril 1781, p. 323. — Desgranges, *loc. cit.*