

§ 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 ; pourquoi n'en serait-il pas de même de la phthisie génitale ? Les mêmes moyens devront être mis en usage : toniques, reconstituants, antiscrofuleux. 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 X

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 des médecins sur plusieurs dispositions d'anatomie normale.

(1) 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° 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 Chégoïn, *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*, edited by Skinner, 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. — Desormeaux et P. Dubois, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes t. XXX. Paris, 1846, p. 373. — Baud, *Déviations et engorgements de l'utérus*. Paris 1850. 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, Huguier, P. Dubois, Récamier. —

I. Je pense que 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, je pense que l'axe de la circonférence supérieure est beaucoup plus horizontal qu'on ne l'avait cru, et que cette disposition persiste dans la position assise.

II. En dehors de l'état de grossesse, je pense que l'axe de l'utérus correspond ordinairement à celui du détroit supérieur ; que, 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 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 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. 130).

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.

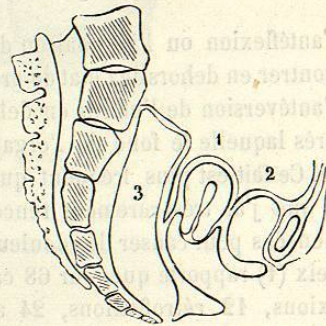


Fig. 130. — Coupe du bassin à l'état de vacuité (*).

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 poussant 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

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, 1852. — Cusco, *De l'anteflexion 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, 1862, avec figures.

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

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. J'ai 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. 131) et l'antéversion (fig. 132) 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 l'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. J'avoue cependant que j'ai très-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 fait à ce sujet des recherches très-curieuses. Il 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, combattues par M. Depaul (4), ont été confirmées par M. Porchat.

[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

(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°s 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.

(4) Depaul, *Gazette des hôpitaux*, 25 mars 1854.

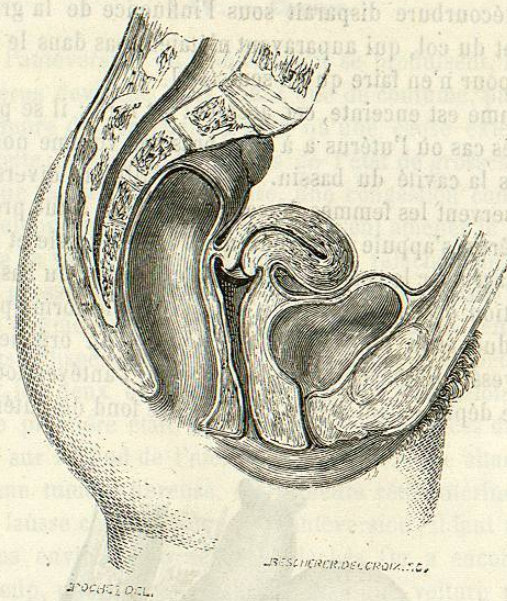


Fig. 131. — Antéflexion de l'utérus.

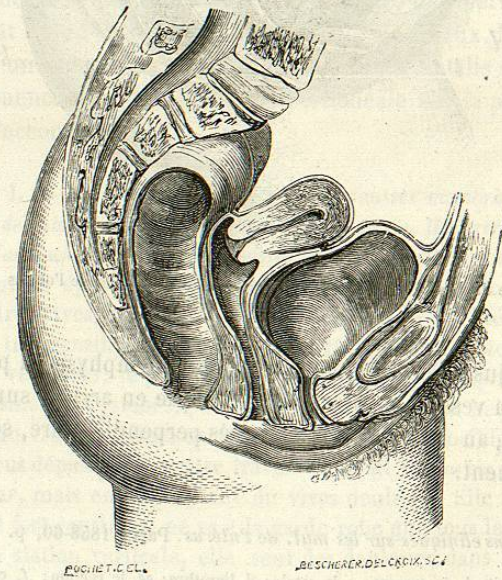


Fig. 132. — Antéversion de l'utérus.

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 (4).]

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 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. 133), le fond de l'utérus vient an-

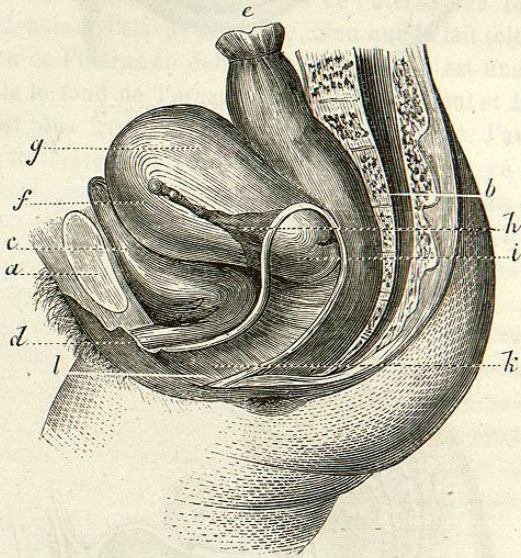


Fig. 133. — Coupe du bassin vu de profil, représentant l'antéversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse (*).

térieurement jusqu'à la face postérieure de 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.

(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; e, 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. (BOVIN et DUGÈS, *Atlas*, pl. XI, fig. 4.)

§ 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 pelvipéritonite se déclare et peut fixer l'organe dans ses rapports anormaux. M. 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 les 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,