

quement la rétroflexion. On peut l'attribuer, très vraisemblablement, avec E. Martin¹, à l'absence d'involution suffisante de la paroi postérieure de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement : celle-ci serait causée par des débris de membranes ou de placenta, amenant une infection locale plus intense au niveau de leur implantation. Schultze², après E. Martin, a donné une grande importance à la paramétrite postérieure siégeant au niveau des ligaments utéro-sacrés et amenant leur rétraction (fig. 224). Schultze affirme qu'en

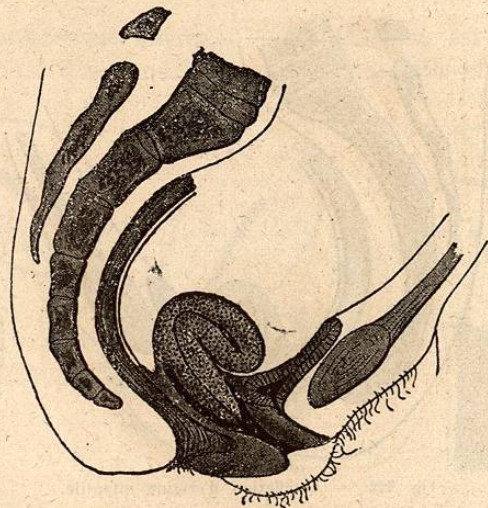


Fig. 223. — Antéflexion très aiguë avec hypertrophie sous-vaginale du col.

pareil cas le col est toujours situé plus haut dans la cavité pelvienne et que, par suite, le vagin subit un allongement. Quant à l'origine de la paramétrite postérieure, il l'attribue le plus souvent à l'infection puerpérale ou gonorrhéique.

Je crois que le plus souvent elle est due à une péri-salpingite. Les adhérences qui en résultent et qui fixent le col fortement en arrière font alors basculer le corps en avant et en amènent la flexion, au niveau de l'isthme affaibli par la métrite concomitante, tandis que le col hypertrophié et sclérosé par une inflammation ancienne reste rigide (fig. 225). L'allongement sus-vaginal du col, résultant d'un catarrhe invétéré, coexiste très souvent avec l'antéflexion, ainsi que l'a bien indiqué A. Martin; cet auteur attribue peu d'importance aux lésions congénitales³.

¹ E. MARTIN père, *Die Neigungen und Beugungen des Uterus*. Berlin, 1870, p. 144.

² SCHULTZE, *Traité des déviations utérines*, trad. de Herrgott. Paris, 1884, p. 210. — MARTIN, *loc. cit.*, p. 123.

³ A. MARTIN, *Traité clin. des mal. des femmes*, trad. franç., 1889, p. 95.

Symptômes. — L'antéflexion d'origine congénitale amène de l'aménorrhée ou un retard dans l'apparition des règles, quand elle coïncide avec l'infantilisme des organes génitaux internes. Si les règles paraissent à l'époque ordinaire, elles sont rares et irrégulières.

D'autres fois, le flux sanguin ayant son abondance normale, des phénomènes de **dysménorrhée** prennent naissance. De violentes douleurs de reins surviennent, tandis que le sang distend la cavité de l'utérus

Symptômes.

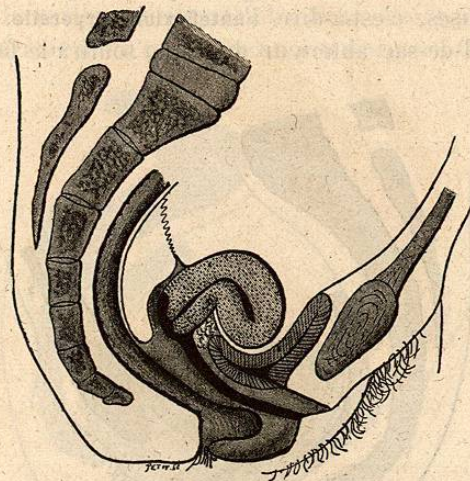


Fig. 224. — Antéflexion par raccourcissement des ligaments utéro-sacrés.

au-dessus du point de flexion; puis, à un certain moment, l'obstacle est vaincu, le sang est expulsé subitement en un flot plus ou moins mêlé de caillots et exhalant parfois une très forte odeur que l'on a attribuée à sa longue stagnation.

La théorie mécanique qui veut que les douleurs de dysménorrhée utérine soient sous la dépendance de l'antéflexion est celle qui est généralement répandue depuis J.-Y. Simpson et Marion Sims. Elle n'est pas acceptée par Fritsch, qui explique les douleurs par l'irritation des nerfs due à la congestion, à la tension vasculaire anormale que produit la courbure des vaisseaux au niveau de la flexion. Il est pourtant difficile de ne pas attribuer une très grande importance à l'obstacle, vu le caractère paroxystique des crises et de l'écoulement sanguin. On peut même se demander si la péri-métrite postérieure notée par Schultze n'est pas parfois la conséquence plutôt que la cause d'une antéflexion, qui provoque tous les mois l'effusion de quelques gouttes de sang dans le cul-de-sac de Douglas à travers les trompes, produisant ainsi une sorte d'hématocèle minuscule et

périodique. Ainsi s'expliqueraient les phénomènes aigus et fébriles qui terminent parfois les crises de dysménorrhée.

Les malades présentent tous les troubles qui appartiennent au **syndrome utérin**. La dysurie est ordinairement très marquée et les accidents nerveux réflexes fort accusés.

On note fréquemment la douleur pendant les rapports conjugaux, ou **dyspareunia** (Barnes); la stérilité est la règle, et si la conception se produit, l'avortement est à redouter.

Diagnostic.

Diagnostic. — S'il s'agit du type le plus fréquent dans les antéflexions acquises, c'est-à-dire l'**antéflexion corporelle**, le doigt qui déprime le cul-de-sac antérieur du vagin sentira le fond de l'utérus

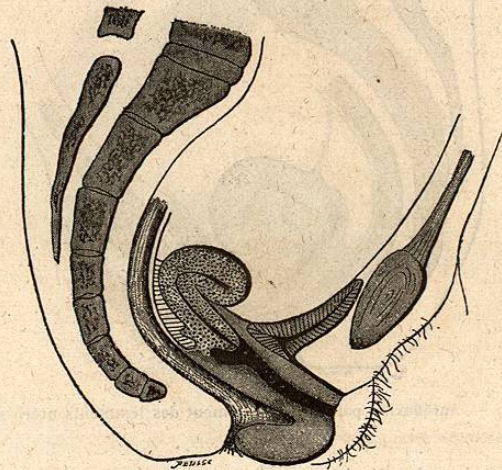


Fig. 225. — Antéflexion combinée à la rétroposition.
Adhérences dans le cul-de-sac de Douglas.

recourbé en *croisse de pistolet* et à peu près sur le même plan que le col. En abaissant l'organe par la palpation bi-manuelle, on rendra le corps accessible à l'index qui pratiquant le toucher reconnaîtra l'angle de flexion. Le col est dans l'axe (fig. 221, A).

Dans la variété d'**antéflexion cervicale**, le col est, au contraire, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, l'orifice regardant directement en haut et en avant; à s'en tenir au seul toucher du col, on pourrait alors croire à une rétroversion; mais la palpation bi-manuelle décèle la présence du corps à sa place normale (fig. 221, B).

Dans la variété d'**antéflexion cervico-corporelle**, la direction du col est la même que la précédente, mais le corps est aussi courbé en avant et se cache derrière le pubis; en déprimant le cul-de-sac anté-

rieur du vagin au-devant du col, on arrive à le sentir (fig. 221, C).

Parfois, l'utérus est ainsi tellement enroulé sur lui-même, qu'on ne peut toucher l'angle de flexion, et qu'il forme une sorte de masse globuleuse que l'on pourrait très bien confondre avec un **corps fibreux** ou une **induration inflammatoire**. On peut aussi commettre l'erreur inverse (fig. 226). Le cathétérisme sera alors très utile; on facilitera l'introduction de la sonde en saisissant le col avec des pinces et en l'attirant un peu en arrière et en bas; la sonde devra être convenablement courbée et dirigée avec grande douceur dans la direction présumée de la cavité utérine, tandis qu'un doigt pressera sur le cul-de-sac antérieur pour redresser un peu l'organe. Quand la sonde

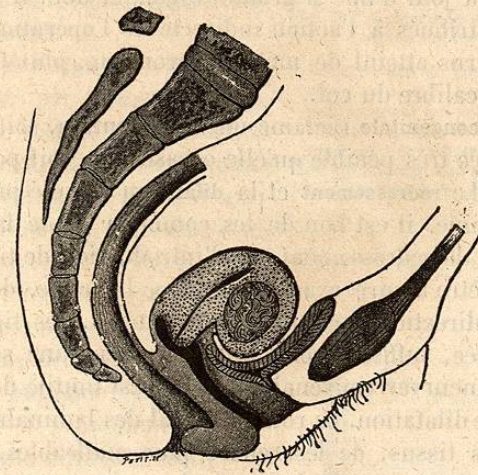


Fig. 226. — Antéflexion simulée par un corps fibreux de la paroi antérieure de l'utérus.

a pénétré, il suffit, pour redresser l'utérus, d'en porter le manche en avant. On peut alors, par la palpation bi-manuelle associée au toucher rectal, très nettement explorer les deux faces de la matrice, s'assurer de la présence ou de l'absence d'une tumeur surajoutée, et se rendre compte de la mobilité de l'organe. On ne devra, toutefois, se livrer à cette exploration que si l'apparition récente des règles vient infirmer un commencement de **grossesse**.

Un **calcul de la vessie**, déprimant le cul-de-sac vaginal antérieur, n'en imposerait pour une antéflexion, que si l'on négligeait à la fois l'examen méthodique de l'utérus et le cathétérisme vésical.

Traitement. — L'**antéflexion** acquise ne fait généralement souffrir que par l'inflammation concomitante ou par la pression sur la vessie et l'excès de mobilité utérine; on procurera du soulagement avec une ceinture ou un pessaire, sans qu'une réduction préalable soit nécessaire (*voir ci-dessus* : ANTÉVERSION).

Traitement.

Traitement de la
métrite.
Curettagé.
Amputation
du col.

Mais c'est surtout à la **métrite concomitante** que devra s'attaquer le traitement. Dans les cas les plus simples, le **curettagé** suivi d'injections iodées pourra suffire. Le plus souvent, il faudra aussi avoir recours, soit à l'**amputation bi-conique**, soit à l'**excision de la muqueuse**, selon le procédé de Schröder. On amènera ainsi rapidement une involution progressive de l'hypertrophie cervicale qui dépassera de beaucoup le résultat immédiatement donné par le bistouri, et qui, avec l'amélioration de la métrite, fera disparaître les symptômes morbides qu'on pouvait attribuer à la déviation. Celle-ci se corrige parfois d'elle-même peu à peu. Il me paraît probable que quelques bons résultats acquis par M. Sims avec la **discision sagittale du col** (fig. 227), qui a joui d'une si grande vogue, et dont il a tant abusé, doivent être attribués à l'action indirecte de l'opération sur l'involution de l'utérus atteint de métrite chronique, plutôt qu'au rétablissement du calibre du col.

Discision
sagittale du col.

Redressement.
Dilatation.

L'**antéflexion congénitale** réclame une intervention, soit par suite de la dysménorrhée très pénible qu'elle occasionne, soit pour remédier à la stérilité. Le **redressement** et la **dilatation** ont été préconisés; si l'on s'y détermine, il est bon de les combiner et de faire précéder toute tentative de redressement par l'introduction de tiges de laminaire, après s'être assuré exactement, avec la sonde, de la perméabilité et de la direction du canal cervico-utérin. Les tiges de laminaire iodoformée, suffisamment minces, offrent une souplesse qui permet de les incurver convenablement. Il est inutile de rechercher une très grande dilatation. Le rôle principal des laminaires est plutôt de ramollir les tissus, de les rendre plus malléables, en vue du redressement ultérieur. Celui-ci est, du reste, commencé par la dilatation elle-même. Après avoir élargi, dilaté et un peu rectifié l'axe par l'application d'une ou deux tiges dilatatrices, on doit continuer à passer des bougies de Hegar deux ou trois fois par semaine, en fixant le col avec des pinces et en refoulant le corps avec le doigt, à travers le cul-de-sac antérieur. On s'arrêtera après les bougies n° 10 ou 12.

Quant au redressement brusque fait avec la sonde, retournée par un véritable *tour de maître*, qui porte momentanément le corps en arrière, il est ici inopportun.

Comme il s'agit presque toujours alors d'utérus incomplètement développé, la dilatation progressive et le passage successif des bougies amènent une fluxion et provoquent une suractivité nutritive de l'organe qui constituent vraisemblablement leurs principaux avantages.

Pessaires.

Outre les pessaires que j'ai indiqués dans l'article précédent, et qui tous s'appliquent indifféremment à l'antéversion ou à l'anté-

flexion, on en a décrit de spéciaux pour l'antéflexion. Celui de Fancourt-Barnes est la combinaison du pessaire de Hodge et de Graily Hewitt. Thomas a inventé un instrument compliqué, formé par un pessaire de Hodge supportant une cuvette d'où part une tige intra-utérine; je mentionnerai aussi celui de Gehrung. Je préfère de beaucoup les **ceintures hypogastriques** aux pessaires vaginaux dans les cas d'antéflexion comme dans l'antéversion, et parmi ceux-ci, celui de Dumontpallier est, je crois, suffisant.

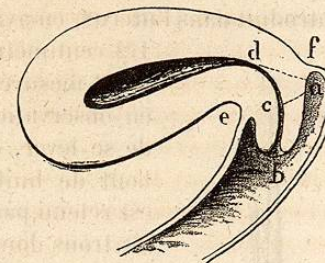


Fig. 227. — Discision sagittale du col dans l'antéflexion cervicale (Sims).

Les **pessaires à tige**¹ ou intra-utérins, si pronés par Simpson en Angleterre et par Valleix en France², et qui ont causé tant d'accidents quand la chirurgie utérine n'était pas antiseptique, ne doivent être employés qu'à titre d'exception³. Mais, a-t-on affaire à une jeune femme très pusillanime, très nerveuse, pour laquelle les manœuvres répétées de la dilatation progressive constituent un supplice, ou bien encore celles-ci présentent-elles chaque fois une difficulté réelle, on est autorisé à laisser à demeure un agent de dilatation et de redressement. Les anciens pessaires à tige étaient tout à fait rectilignes, ce qui était une erreur, puisque l'état normal de l'utérus est l'antécourbure. Ils

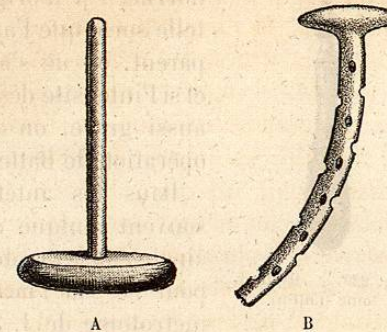


Fig. 228. — Pessaires à tige.
A. Pessaire à tige. — B. Tige intra-utérine de Fehling.

étaient le plus souvent composés de deux métaux, cuivre et zinc, dont l'action galvanique était censée joindre à la dilatation une influence salutaire. Fehling a fait construire un instrument beaucoup plus rationnel: c'est un tube de

¹ WINGKEL. *Die Behandlung der Flexionen des Uterus mit intra-uterinen Elevatoren*, 1872.

² Voir sur ce point historique: ROCHARD. *Histoire de la chirurgie française au XIX^e siècle*, 1875, p. 854.

³ Ce traitement trouve encore des partisans enthousiastes. G. THOMAS. *New York med Journ.*, déc. 1888, t. XLVIII, p. 720.

verre épais, fenestré, pourvu d'un pavillon, et légèrement incurvé; on peut, du reste, le courber davantage à la lampe. On le remplit de poudre d'iodoforme maintenue par une boulette d'ouate, et on l'introduit dans l'utérus, en ayant soin qu'il soit plus court d'environ

1/2 centimètre que la cavité de l'organe, préalablement mesurée. La malade est tenue au lit huit jours en observation; après quoi, on peut lui permettre de se lever, et d'après l'auteur¹, enlever la tige au bout de huit, dix ou douze mois. L'instrument est retenu par la saillie que fait la muqueuse dans les trous dont il est percé; il est, du reste, très léger et n'a pas de tendance à tomber (fig. 228, B.). Je crois le délai de huit mois trop long, car l'effet utile doit être produit au bout d'un ou deux mois au plus.

Contre les douleurs vives de la dysménorrhée, on emploiera comme calmant des suppositoires à la morphine et à la belladone². On en introduira dans le rectum deux ou trois au besoin dans les vingt-quatre heures. Le massage³ aurait donné de bons résultats.

Enfin, si l'on acquiert la conviction que la dysménorrhée est d'origine ovarienne et non utérine, de telle sorte que l'antéflexion n'y joue qu'un rôle apparent, on ne s'attardera pas à cet épiphénomène, et si l'intensité des symptômes légitime une décision aussi grave, on aura recours à la castration⁴ ou opération de Battey (voir le chapitre DYSMÉNORRHÉE).

Dans les antéflexions congénitales, le col est souvent conique et l'orifice sténosé: c'est la principale cause des douleurs. On a longtemps pratiqué pour ces cas l'incision bilatérale avec le bistouri, le métrotome de J. Simpson, l'hystérotome de Collin (fig. 229), ou les ciseaux de Küchenmeister. Les

résultats ainsi obtenus ne sont pas durables, car la cicatrisation rétablit à peu près l'état primitif. Une véritable stomatoplastie par l'amputation du col à lambeaux bi-coniques, est de beaucoup préférable⁵.

¹ H. FRITSCH. *Die Krankh. der Frauen*, 5^e édit. 1886, p. 244.

² En voici une formule :

R. Beurre de cacao.	2	grammes.
Chlorhydrate de morphine.	} aa 0,01	f. s. a.
Extrait de belladone.		

³ VIEROW. *Zur mechanischen Behandlung der Dysmenorrhée bei Anteflexio Uteri nach THURE-BRANDT* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 52, p. 950).

⁴ H. FRITSCH. *Die Lageveränderungen der Gebärmutter, etc.* (*Deutsche Chir.*, Stuttgart, 1885, p. 69).

⁵ A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkrankh.*, p. 85.



Fig. 229. — Hystérotome (Collin).

Incision bilatérale du col.

Stomatoplastie.

Massage.

Castration.

L'antéflexion cervicale présente des indications spéciales; c'est surtout pour combattre la stérilité qu'on a pratiqué les opérations de discision. Marion Sims (fig. 227) incisait la lèvres postérieure à l'aide de son bistouri à lame courte et tournante; Emmet pratique la même incision avec des ciseaux coudés, ce qui est préférable; il achève la rectification du canal, en incisant, avec un ténotome courbe, sur la face antérieure une certaine épaisseur de tissu formant une sorte d'éperon. L'incision est maintenue ouverte par un tube de verre. On a aussi enlevé un fragment triangulaire de la lèvres postérieure, ou cette lèvres tout entière. On a proposé des opérations plastiques plus compliquées (Küstner, Dudley¹); je les réproûve toutes également. S'il existe une difformité quelconque du col, le mieux est de l'amputer (selon les règles que j'ai décrites au chapitre des MÉTRITES), en apportant un soin particulier à la réfection d'un ample orifice.

Discision.

CHAPITRE II

DÉVIATIONS EN ARRIÈRE.

Les déplacements en arrière sont de beaucoup les plus fréquents et ils entrent pour une assez large part dans la pathologie utérine. Sanger², sur 700 maladies de femmes, a compté 108 cas de rétro-déviations, soit 15,43 pour 100. Winckel a trouvé 19,10 et Löhlein 17 à 18 pour 100³.

I. — Rétroversion.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Toutes les fois que la vessie s'emplit, la matrice se place en rétroversion physiologique tempo-

Anatomie pathologique et étiologie.

¹ DUDLEY. *A plastic operation to straighten the anteflexed uterus* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 145).

² SANGER. *Soc. obstét. de Leipzig*, 17 nov. 1884 (*Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 664).

³ LÖHLEIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 102. — MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1881, p. 789.