

vagin que par l'abdomen. Ce corps n'est autre que la partie supérieure de l'utérus qui est dure et sensiblement augmentée de volume. Les doigts vaginaux constatent la continuation du corps utérin, presque en ligne droite, avec le col qui est gros, éversé souvent et dont l'orifice externe, difficile à atteindre, regarde en haut et en arrière, en face de la concavité du sacrum.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est aisé. Le toucher vaginal permet de constater que le col se continue en ligne droite avec le corps et que les mouvements imprimés à l'un des segments utérins se transmettent à l'autre aisément. Au besoin, l'abaissement de l'utérus et l'hystérométrie permettraient de faire le diagnostic différentiel entre un corps fibreux anté-utérin et l'antéversion. Dans quelques cas, la *crête médiane antérieure*, dont il sera plus longuement question au chapitre consacré à l'antéflexion, permettra d'affirmer que le corps utérin est bien dans le cul-de-sac antérieur.

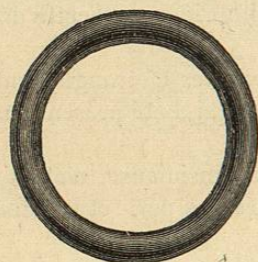


Fig. 24. — Anneau pessaire de Dumontpallier.

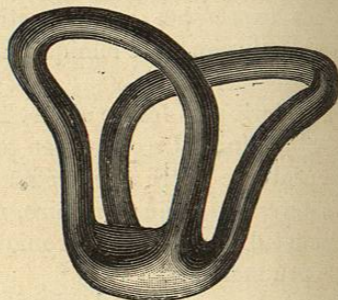


Fig. 25. — Pessaire en berceau de Grailey-Hewitt.

**Traitement.** — La base du traitement consiste à faire porter un pessaire qui redresse l'utérus, à comprimer la paroi abdominale à l'aide d'une ceinture hypogastrique et à combattre la métrite chronique (1).

C'est dans ces cas que l'anneau de caoutchouc (Dumontpallier-Mayer) (fig. 24), a été souvent employé avec succès. Mais d'autres pessaires sont plus recommandables. Il faut signaler ceux de Hodge, de Thomas (fig. 25 et 27), et, plus particulièrement, le pessaire de Grailey-Hewitt, sans parler de l'instrument de Gehrung. Des pessaires intra-utérins ont été jadis recommandés.

L'indication est de combattre la métrite et l'inflammation péri-utérine. Les injections vaginales chaudes, des attouchements intra-utérins avec de l'ouate imbibée de substances antiseptiques,

(1) Nous remercions M. le Dr M. Lévy du prêt de plusieurs figures qui ont paru dans sa thèse : *Considérations sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement*, 1897.

l'introduction de crayons médicamenteux, le curage même, peuvent donner de bons résultats.

Le massage semble devoir être appliqué dans ces cas. Il s'agit en effet de lésions chroniques peu accentuées et qui peuvent être influencées par les manipulations suivant la méthode de Thüre-Brandt plus ou moins modifiée.

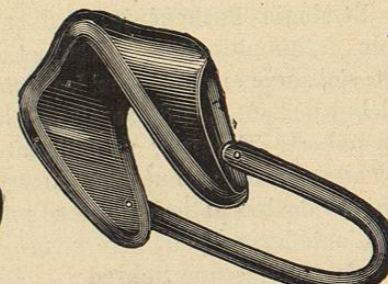
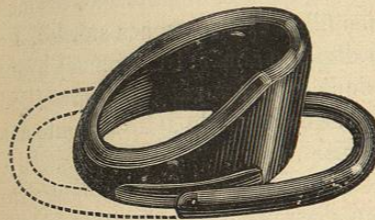


Fig. 26. — Pessaire à coupe fermée.

Fig. 27. — Pessaire à coupe ouverte.

Sims a proposé l'opération suivante : en avant du col, dans le cul-de-sac, il pratique un avivement transversal : en avant, plus près du pubis, il exécute un avivement semblable et il réunit les deux surfaces cruentées. De ce fait, la paroi vaginale se trouve rétrécie dans le sens antéro-postérieur et plus tendue. Le fond de l'utérus est obligé de se soulever.

Il serait plus simple de tracer une colporraphie antérieure et de forme appropriée.

Enfin, on a donné le conseil de pratiquer l'hystéropexie abdominale antérieure pour remédier à l'antéversion. La laparotomie peut être nécessitée par la persistance de certains symptômes, mais il est douteux que, dans ces cas, il s'agisse simplement d'une antéversion, telle qu'on la comprend et la décrit avec ses caractères de simplicité.

Il va sans dire que les symptômes nerveux seront combattus comme il convient. Il y a lieu d'appliquer parfois le traitement de la neurasthénie.

#### ANTÉFLEXION.

Il existe une antéflexion physiologique. Si l'on fait même abstraction du degré de la flexion, ce qui caractérise l'antéflexion normale c'est la flexibilité utérine qui existe au niveau de la charnière cervico-utérine, c'est la possibilité, pour le corps, de s'infléchir plus ou moins sur le col. Avec notre élève Lévy, qui a écrit sous notre inspiration une excellente thèse sur la question, nous définirons l'antéflexion pathologique : l'exagération de l'état normal d'antécourbure, caractérisée surtout, au point de vue anatomique, par la stabilité de l'angle de flexion, perceptible au doigt explorateur comme une brusque

coudure (Pozzi) et ne se modifiant pas avec les variations d'amplitude de la vessie.

Dans ces conditions, l'axe du col se trouve dans le prolongement du vagin, tandis que le fond de l'utérus, infléchi fortement sur la portion cervicale, se dirige vers la face postérieure du pubis.

**Étiologie. Pathogénie.** — L'antéflexion est une des déviations les plus fréquentes. D'après Emmet, elle représente 53 p. 100 des flexions et s'observe surtout chez les jeunes filles et les femmes stériles. Le début de l'antéflexion serait vers la dixième année (G. Thomas), avant la puberté (Emmet), au moment de l'établissement des règles (Bell White). D'autres auteurs admettent que c'est de seize à trente ans que la flexion pathologique se produit.

L'antéflexion peut être *congénitale* ou *acquise*. Mais il faut s'entendre : tandis que Schröder et bien d'autres gynécologistes admettent l'existence d'un vice congénital dans la production de certaines déviations en avant, d'autres, avec Schultze, ne voient dans ces cas que des arrêts de développement qui portent sur l'utérus tel qu'il existe pendant l'enfance. L'antéflexion congénitale serait due à un excès de longueur de la paroi postérieure sur la paroi antérieure (Aran), au raccourcissement congénital des ligaments ronds (Virchow), à la présence d'un étranglement très marqué chez le fœtus au niveau de l'isthme (Boullard et Verneuil). Au contraire, pour Schultze, l'antéflexion se produit parce que l'utérus garde le type infantile. Elle serait due à un arrêt dans l'évolution du col et du vagin. Le vagin ne se développe pas, il reste court comme dans l'enfance. Quand l'utérus, par suite de l'agrandissement du bassin, tend à se porter en avant, le corps seul s'infléchit, parce que le col reste fixé au vagin. Les parois vaginales non développées, trop courtes, s'opposent au déplacement qui leur est imprimé par le fait de l'augmentation des dimensions du bassin.

Que l'antéflexion soit réellement congénitale, ce qui paraît devoir être admis dans certains cas, qu'elle date de la première enfance, comme le professe Schultze, il n'en est pas moins vrai qu'il existe une variété d'antéflexion dont la cause peut être rapportée à un arrêt de développement. Mais il n'est pas certain que l'arrêt de développement, donnant naissance à une flexion exagérée au niveau de l'isthme, soit capable de constituer à lui seul, sans l'intervention d'aucune autre cause, une antéflexion pathologique. Sans doute, une flexion exagérée du col sur le corps, avec excès de longueur de la portion sus-vaginale, constitue des conditions mauvaises pour les fonctions de l'utérus, pour l'écoulement des règles, des sécrétions et pour la pénétration des spermatozoïdes ; mais pour que la flexibilité disparaisse, il faut admettre l'intervention d'un nouveau facteur : congestion passive, subinvolution ou inflammation. C'est

ainsi que, chez les jeunes filles, la cervicite seule peut avoir une influence désastreuse et transformer une antéflexion physiologique en une flexion pathologique, soit par épaissement des parois utérines, soit par une légère infection propagée au paramétrium ou derrière l'utérus par la voie tubaire. D'autre part, toutes les causes qui tendent à maintenir et à exagérer la flexion et à déterminer une congestion passive du tissu utérin concourent à transformer l'antéflexion normale en une antéflexion pathologique. De telle sorte que, tout en admettant l'antéflexion congénitale, nous pensons que celle-ci ne peut qu'exceptionnellement donner naissance aux symptômes dont il sera question plus loin, s'il n'existe pas une cause surajoutée et développée pendant la vie, et cette cause est, dans la grande majorité des cas, l'infection, si atténuée qu'on veuille bien la concevoir.

Il faut maintenant passer en revue toutes les causes qui sont susceptibles de modifier l'angle de flexion, de l'exagérer, de produire d'abord un certain affaiblissement, puis une induration des parois, surtout à l'angle de flexion, et de donner naissance à des lésions péri-métri-salpingiennes.

Parmi les causes *prédisposantes*, il faudrait signaler le lymphatisme et la scrofule. Les professions qui obligent les femmes à rester debout, à faire des exercices violents, avec la nécessité de mener une vie sédentaire, entraîneraient un relâchement général des tissus et auraient pour résultat d'exagérer l'angle de flexion.

L'influence du corset a été incriminée. On a accusé aussi les jupes lourdes, jointes à l'action du corset (Helen Betts), de refouler par en bas l'utérus, d'entraver la circulation des membres inférieurs et du bassin et, par suite, de donner naissance à une stase veineuse chronique. Plus importante est l'influence de la constipation habituelle. La distension rectale, par accumulation presque continue de matières fécales, repousse l'utérus en avant et la pression s'exercerait sur le col et produirait une flexion au niveau de l'isthme. Mosely pense que, dans ces conditions, la paroi antérieure s'atrophie au point de flexion tandis que la postérieure deviendrait plus longue : d'où une antéflexion définitive. Peut-être aussi une constipation opiniâtre survenant au moment où l'utérus est congestionné favoriserait-elle le passage, dans la cavité utérine, des germes contenus dans le rectum, d'où une infection qui exercerait son action nocive sur l'utérus et même sur les tissus péri-utérins. Il faut ajouter que la constipation, mettant obstacle à la circulation de la veine porte, augmente la congestion générale.

Les causes *occasionnelles* qui peuvent déterminer ou augmenter la flexion sont les chutes, les accès de toux, les vomissements, les efforts en général qui peuvent exagérer l'effet de la pression sur la face postérieure de l'utérus.

A toutes ces causes il faut ajouter que la flexion par elle-même gêne, dans une certaine mesure, la circulation utérine et peut amener un certain degré de congestion passive. Que la pression abdominale vienne à exagérer la flexion, et qu'il existe un certain degré d'infection, on verra apparaître la perte de la flexibilité utérine.

Le facteur déterminant de la flexion pathologique est, le plus souvent, une modification de la paroi utérine. La subinvolution, en particulier l'involution défectueuse de la paroi antérieure de l'utérus (Martin), la métrite sous toutes ses formes, le catarrhe utérin des vierges peuvent agir et agissent effectivement sur les parois utérines. L'endométrite chronique cervicale est une des causes les plus certaines de l'antéflexion pathologique, d'autant plus que l'inflammation peut se propager du côté du bassin.

Les causes qui siègent en dehors de l'utérus peuvent à elles seules déterminer la production d'une antéflexion qui devient permanente, définitive et véritablement pathologique.

Les tumeurs situées en dehors de l'utérus et qui refoulent celui-ci ne doivent pas entrer dans la liste des facteurs capables de produire l'antéflexion. Les tumeurs qui siègent sur le fond de la face antérieure de la matrice ne peuvent entrer en ligne de compte. Il s'agit, dans ces cas, d'une déviation utérine qui, à notre sens, n'a rien à voir avec l'antéflexion utérine telle qu'on doit la concevoir.

Toute inflammation portant sur les tissus situés autour de l'utérus peut donner naissance à des brides, à des rétractions ligamentaires qui déterminent, somme toute, une fixation pathologique de l'utérus en position vicieuse et la production d'une antéflexion pathologique.

L'infection, produite ordinairement pendant l'état puerpéral, peut exister indépendamment de la grossesse. Si donc il est nécessaire d'incriminer souvent la grossesse et l'accouchement, il faut aussi mettre en cause la blennorrhagie ou même d'autres causes banales d'inflammation utérine. C'est ainsi que la cervicite chronique qui survient chez les jeunes filles peut être la cause d'une inflammation propagée du côté du petit bassin.

Dans tous les cas, quelle que soit la nature de l'infection, il s'agit d'ordinaire d'une inflammation qui marche insidieusement et qui ne donne naissance qu'à des lésions péri-utérines peu accentuées.

Tandis que Schultze et Schröder font jouer un rôle considérable à la paramétrite postérieure, à l'inflammation propagée le long des ligaments utéro-sacrés, d'autres gynécologues estiment, avec Fritsch, qu'il s'agit, non d'une inflammation paramétritique, mais d'une inflammation périmétritique.

Les deux voies d'infection (par les lymphatiques et les trompes) peuvent être invoquées pour expliquer la propagation de l'inflammation dans le petit bassin. Il est certain que la péri-méthro-salpingite peut

aboutir à la production de brides qui fixent l'utérus en antédéviation et que la rétraction des ligaments utéro-sacrés peut aussi bien s'expliquer par une paramétrite que par des inflammations périsalpingiennes propagées jusqu'aux replis de Douglas.

Enfin, il faut signaler l'opinion de Peeker qui admet l'entéroptose parmi les causes de l'antéflexion pathologique, interprétation qui semble un peu excessive et abusive.

**Anatomie pathologique.** — Il est bon de signaler la classification, restée classique, de Gaillard-Thomas. Cet auteur a décrit les formes suivantes de l'antéflexion :

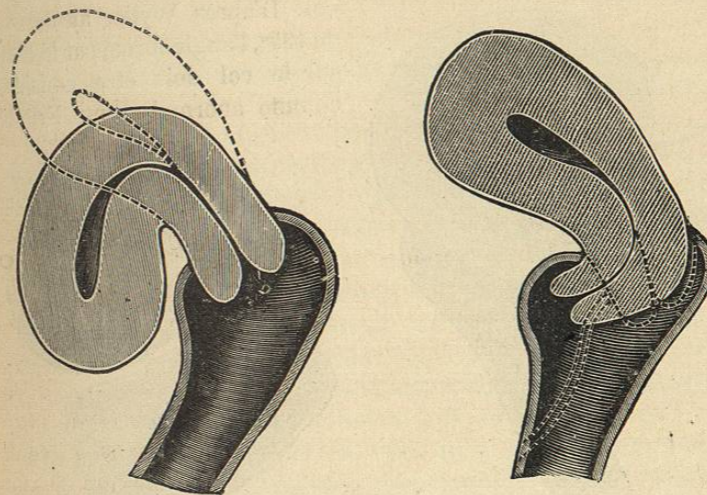


Fig. 28. — Antéflexion du corps. Le corps est congestionné. Le contour pointillé indique la position normale de l'utérus.

Fig. 29. — Antéflexion du col. La lèvres postérieure du col présente un allongement considérable. Le contour pointillé indique la position normale du col.

1° ANTÉFLEXION DU CORPS. — L'axe du col est dans la situation normale, mais le corps est infléchi et incliné en avant (fig. 28).

2° ANTÉFLEXION DU COL. — Le corps est en position correcte, mais le col est dirigé en avant, infléchi sur le corps, et la lèvres postérieure du col est très développée (fig. 29).

3° ANTÉFLEXION DU CORPS ET DU COL. — Voici la description qu'en donne Ferré : l'utérus, en antéflexion extrême, présente deux incurvations, l'une aux dépens du corps, l'autre aux dépens du col, de sorte qu'il a pris la forme d'un fer à cheval. Le fond, tourné directement en bas, correspond au cul-de-sac vésico-utérin, qu'il déprime, et descend un peu au-dessous du niveau de la lèvres antérieure du col, entraînée en haut par le mouvement de bascule imprimé à tout l'organe par la chute du corps en avant. La face postérieure du corps est devenue antérieure, tandis que sa face antérieure regarde en

arrière et répond à la face antérieure du col, à laquelle elle est exactement parallèle (fig. 30 et 31).

Le siège de la flexion est, jusqu'à un certain point, variable. La flexion peut porter sur le corps (Gaillard-Thomas, Schultze). Le fait est rare. La flexion porterait parfois sur le col, au milieu de sa hauteur (Cusco, Emmet). Cette variété est exceptionnelle, si tant est qu'elle existe. La flexion, dans la grande majorité des cas, a son siège à l'union du corps et du col. Telle est l'opinion classique; telle est la vérité dans la majorité des cas.

L'angle de flexion est variable et l'utérus peut être exactement plié en deux, le corps couché sur le col. D'après Wylie, au-dessous de 135°, l'angle formé par le corps sur le col doit être considéré comme anormal. Pour Fritsch,

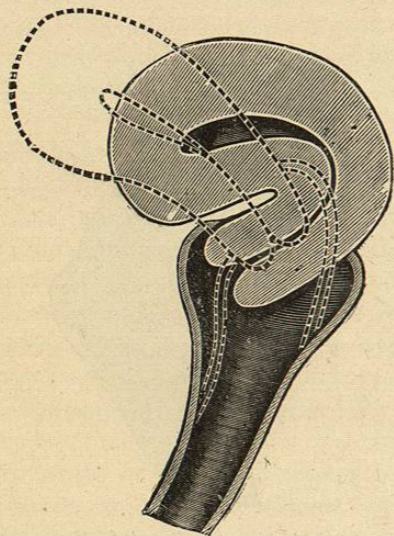


Fig. 30. — Antéflexion du corps et du col. Le contour pointillé indique la forme normale de l'utérus et du vagin.

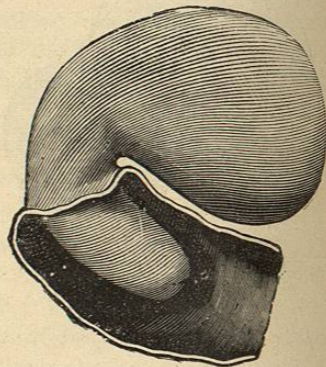


Fig. 31. — Antéflexion avec élongation conique du col (d'après Nott).

la limite de l'antéflexion normale serait de 90°, tandis qu'elle serait de 48° pour Schultze. Comme il a été dit, il ne s'agit pas tant du degré de l'antéflexion que de la perte de la flexibilité normale.

Dans la majorité des cas, l'antéflexion est cause d'une diminution du calibre du canal cervico-utérin. Il existe un rétrécissement au niveau de l'angle de flexion. Dans certains cas, la diminution de calibre peut être considérable et il peut même exister une véritable oblitération par accolement des parois antérieure et postérieure, comme le serait un tube en caoutchouc coudé au maximum en un point déterminé.

Parfois il existe une dilatation au-dessus de l'angle de flexion (G. Hewitt). Très souvent, l'orifice externe est atrésié. D'une façon générale, on peut dire que l'hystérométrie rencontre deux obstacles, l'un à l'orifice externe, l'autre, plus constant, dans la portion intermé-

diaire. Il faut remarquer que ces deux obstacles sont franchissables et qu'avec un hystéromètre fin on pénètre dans la cavité corporelle.

L'utérus a une consistance variable. Dans l'antéflexion congénitale, l'angle de flexion ne serait pas rigide, au dire de certains auteurs. Mais cette opinion ne nous semble pas conforme à la réalité. L'utérus peut être mou (Virchow). La diminution de consistance peut siéger sur tout l'utérus, ou bien le corps, plus lourd qu'à l'état normal, s'incline sur le col et s'infléchit au niveau de l'isthme aminci. Cet état de ramollissement du tissu utérin peut être observé dans une période qui donne déjà lieu à une flexion exagérée et qui prépare la production de l'état pathologique définitif. C'est, en effet, par un certain degré de rigidité, localisée au moins au niveau de la portion intermédiaire, que l'antéflexion se caractérise.

L'utérus antéfléchi présente une cavité plus longue que normalement.

L'allongement du col peut porter séparément sur une de ses portions ou sur la totalité de sa longueur, ou même encore sur le corps.

Le col est d'ordinaire long et conique.

L'endomètre est parfois atteint d'inflammation. Pour Doléris, c'est au-dessus de l'éperon qui siège à l'angle de flexion que la muqueuse est le siège d'une hyperplasie qui va jusqu'à la végétation.

Dans certains cas, on trouverait des traces de paramérite postérieure et un raccourcissement des ligaments utéro-sacrés (Schultze). Il faut citer les inflammations annexielles avec propagation en arrière de l'utérus et qui aboutissent aux mêmes résultats.

**Symptômes.** — L'antéflexion, telle qu'il faut la comprendre, est non seulement une déformation pathologique, mais elle donne naissance à des phénomènes morbides d'intensité variable.

La flexion pathologique de l'utérus en avant produit surtout des troubles de la menstruation et détermine la stérilité. La dysménorrhée et la stérilité dominant à ce point le tableau clinique de l'antéflexion que leur seule association chez une jeune femme doit faire prévoir la déviation utérine qui est étudiée dans ce chapitre.

La dysménorrhée est extrêmement fréquente chez les femmes atteintes d'antéflexion pathologique et morbide.

D'une façon générale, la menstruation s'est établie à l'âge ordinaire avec une abondance et une durée normales, mais les règles ont toujours été très douloureuses. Les douleurs sont d'intensité variable; d'ordinaire, elles précèdent l'apparition du sang menstruel et tendent à diminuer quand les règles coulent avec abondance. La douleur disparaît avec l'écoulement sanguin et même dès que la menstruation est bien établie.

Ces douleurs se répètent à chaque période menstruelle avec une intensité parfois grande, et s'il est vrai qu'elles sont intermittentes et de deux ou trois jours de durée dans beaucoup de cas, il faut

néanmoins savoir que les souffrances peuvent être extrêmement intenses et prolongées. C'est ainsi que certaines malades sont en proie à des douleurs extrêmement vives pendant quinze jours de suite, et n'ont guère de répit, chaque mois, que pendant douze à treize jours. Les faits de ce genre ne sont pas les plus fréquents.

Un tel état, accompagné des troubles qui seront indiqués plus loin, ne peut exister sans compromettre la santé et nécessite l'intervention de l'homme de l'art.

Quelle est la cause de cette dysménorrhée ? A quelle cause faut-il rapporter ces douleurs qui, en général, débutent avant l'apparition du sang menstruel ? Deux théories sont en présence. Quelques auteurs admettent que la douleur est due à une cause mécanique, à la difficulté qu'éprouve le sang menstruel à franchir l'obstacle qui siège au niveau de la flexion. Velpeau, Gaillard-Thomas, Müller, etc., sont les partisans de la théorie mécanique. Les protagonistes de la théorie inflammatoire font remarquer que la douleur persiste parfois même après l'instauration menstruelle, même quand le sang coule avec abondance. Ils estiment que c'est la métrite qui est la cause de la souffrance (Schultze). Les uns (Dolérus, etc.) admettent que les douleurs ont pour siège l'éperon formé par la muqueuse chroniquement enflammée ; d'autres estiment que, par suite du gonflement et de l'hypémie de l'utérus, les contractions qui se produisent dans des tissus enflammés sont nécessairement douloureuses. Mais ils ne localisent pas le point précis de l'utérus où la douleur prend naissance.

Parmi ceux qui invoquent l'influence de la métrite dans la genèse des phénomènes douloureux, il en est qui, avec Griffith, voient dans une mauvaise canalisation utérine l'origine des souffrances, parfois si vives, accusées par les malades. L'épaississement des tissus utérins dû à la métrite, indépendamment de l'angle de flexion, amène un certain degré de coaptation entre les parois.

D'après une troisième opinion, qui ne peut être négligée entièrement, la douleur serait due aux lésions péri-utérines (Howitz). Enfin, Munde attribue la dysménorrhée à un catarrhe des trompes.

Peut-être se rapprocherait-on davantage de la vérité en adoptant une théorie mixte. Il n'est pas possible d'admettre que l'obstacle qui siège si souvent au niveau de l'angle de flexion soit négligeable au point de vue de la genèse de la douleur. D'autre part, il est certain que l'inflammation de la muqueuse utérine ne fait qu'accentuer les difficultés qu'éprouve le sang menstruel à franchir la partie déjà rétrécie du trajet cervico-utérin. La métrite est l'origine des douleurs, en ce sens que les tissus enflammés se contractent avec force pour livrer passage au sang qui éprouve une certaine gêne à s'écouler et donnent naissance à des douleurs dont le siège est dans l'utérus, lui-même hyperémié et infecté.

A côté de la dysménorrhée, il y a lieu de signaler la ménorrhagie qui s'expliquerait par la congestion permanente de l'utérus (Gaillard-Thomas) ; des métrorragies qui sont sous la dépendance de l'endométrite, une aménorrhée en rapport avec des phénomènes de chloro-anémie. Grailey Hewitt a aussi constaté l'existence d'une leucorrhée fétide qui serait surtout accentuée immédiatement après la cessation des règles.

La stérilité a certainement des rapports avec l'antéflexion de l'utérus. C'est un fait d'observation que souvent les femmes stériles ont l'utérus antéfléchi et que le traitement, dirigé contre cette déviation, favorise la fécondation d'une façon très nette dans un certain nombre de cas.

La stérilité serait due : 1° à l'obstacle mécanique qui siège au niveau de l'isthme (Müller, Laroyenne) et parfois aussi à l'orifice externe atrésié, ou 2° à la métrite concomitante (Schultze). La métrite peut agir de plusieurs façons : *a*) en amenant un épaississement qui rétrécit en certains points le canal utérin ; *b*) en produisant des bouchons gélatineux qui obstruent l'orifice externe ; *c*) en donnant naissance à un écoulement leucorrhéique dont l'acidité est fatale aux spermatozoïdes ; *d*) en modifiant la structure de la muqueuse dont l'épithélium tombe et dont les glandes sont altérées. Ces modifications de la muqueuse seraient peu propres à la progression des spermatozoïdes et, dans tous les cas, l'ovule se trouverait dans de mauvaises conditions pour se fixer. La stérilité peut être enfin attribuée : 3° à des lésions des annexes, ovaro-salpingite, oblitération des trompes, etc.

Il n'y a pas lieu de rejeter l'opinion des gynécologistes qui admettent que la diminution du calibre, au niveau de l'angle de flexion, est un obstacle relatif, non pas absolu, à la fécondation. Il faut ajouter que l'endométrie est en relation étroite avec la stérilité qui est si souvent constatée dans l'antéflexion et qu'il y a un rapport de cause à effet entre l'inflammation métritique et la stérilité.

Ces deux facteurs (atrésie et métrite) sont le plus souvent en jeu en même temps. Il n'est pas douteux que les complications péri-métritiques soient aussi de nature à empêcher toute fécondation. Cette cause doit être invoquée plus rarement.

La vessie est parfois influencée par la déviation en avant de l'utérus. Les envies d'uriner sont fréquentes et il existe assez souvent une sensation de pesanteur fort désagréable accompagnée de ténésme. La pollakiurie avec douleurs pendant la miction est parfois notée et constitue alors un des symptômes pénibles de l'antéflexion.

Le rectum peut être atteint. Non seulement il existe une constipation parfois opiniâtre, mais de la douleur pendant la défécation.

Les malades se plaignent d'une douleur lombaire accompagnée de faiblesse musculaire générale. Parfois il existe une sorte d'impotence fonctionnelle des membres inférieurs et la parésie se manifeste surtout