

quand il s'agit de monter ou de descendre les escaliers. C'est ce que John Auld a décrit sous le nom de *dyskinésie utérine*. G. Hevitt rattache les phénomènes douloureux qui, pour lui, sont précoces et importants, à la congestion utérine inégalement répartie et marquée surtout à l'angle de flexion. Ces troubles peuvent être rattachés à la neurasthénie, quoiqu'on ait une tendance un peu trop accentuée à rapporter tous les troubles éprouvés par les femmes atteintes d'une affection des organes génitaux à un état neurasthénique qui tient sous sa dépendance des phénomènes de ptose.

Quoi qu'il en soit, on a signalé des douleurs névralgiques qui siègent, non seulement dans les lombes, le sacrum, le coccyx, dans la région anale, dans le bas-ventre, mais des irradiations douloureuses aux membres inférieurs et surtout marquées pendant la période menstruelle (parfois sciatique).

Les douleurs peuvent exister dans d'autres points du corps. La céphalalgie est assez souvent notée; les douleurs intercostales sont très fréquentes (Simpson).

Les femmes atteintes d'antéflexion sont ordinairement tristes, facilement irritables, bizarres de caractère et ont, en somme, les attributs du nervosisme.

Ces malades sont non seulement des nerveuses, des neurasthéniques, mais sont souvent en proie à des phénomènes qui sont sous la dépendance de l'anémie (palpitations, étouffement facile).

L'appétit est parfois diminué, très souvent irrégulier et capricieux. On observe des troubles dyspeptiques les plus variés.

Marche. — Rarement les troubles morbides ont une tendance à diminuer. La dysménorrhée atteint parfois son summum d'acuité peu de temps après son apparition. Dans certains cas, elle tend plutôt à diminuer et la grossesse est parfois une circonstance favorable à la disparition des phénomènes douloureux. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il faut savoir que le mariage ne fait, dans certains cas, qu'augmenter les troubles morbides.

Pronostic. — Le pronostic est sérieux, en ce sens que les malades qui ont une antéflexion sont condamnées à souffrir beaucoup et longtemps. En outre, elles sont souvent en proie à une stérilité difficile à faire disparaître. Des phénomènes inflammatoires du côté de la muqueuse et des annexes peuvent compliquer la situation et donner naissance à des troubles graves et persistants. L'antéflexion s'oppose à la fécondation, prédispose aux avortements et, quand la grossesse survient, elle peut produire l'incarcération de l'utérus.

Complications. — On signale l'aménorrhée, les métrorragies rebelles, dans la liste des complications. Mais il n'en est pas ainsi. Ces troubles ne peuvent être rangés dans la catégorie des complications. Il en est de même des complications du côté des annexes (lésions ovariennes diverses, ovaires prolapsés, etc.).

La ménopause anticipée, le développement de la phtisie pulmonaire (?) des troubles mentaux (Byford), etc., ont été notés et rangés dans la catégorie des complications.

Influence de la grossesse sur l'antéflexion. — Si l'antéflexion est peu marquée et non compliquée, la grossesse peut avoir une influence heureuse sur la déviation utérine.

L'antéflexion est-elle très marquée, il se produit assez souvent, après l'accouchement, du fait de la subinvolution, de la métrite, des complications périmétritiques, une exagération de l'angle de flexion et la perte de la flexibilité normale. Somme toute, la grossesse aggrave l'antéflexion dans ces conditions.

Influence de l'antéflexion sur la grossesse et l'accouchement. — Au cours de la grossesse, l'antéflexion pathologique peut être la cause de complications graves. Haslitt a vu cette déviation mettre l'accoucheur dans la nécessité de pratiquer l'avortement pour remédier à des vomissements incoercibles.

Gehring a montré que l'antéflexion cause parfois des positions transverses et obliques du fœtus, par suite du grand obstacle au développement longitudinal joint à une tendance anormale au développement bilatéral. Elle est souvent la cause d'avortement. Elle peut produire l'incarcération de l'utérus. Elle peut avoir pour conséquence une dystocie.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'antéflexion est ordinairement facile. Sans doute, il est difficile de séparer l'antéflexion physiologique de l'antéflexion pathologique, mais, outre le degré de l'angle de flexion ordinairement plus grand dans la déviation accompagnée de troubles morbides, on prendra en considération la perte de flexibilité normale, les complications péri-utérines et l'existence du complexe décrit plus haut.

La situation respective du col par rapport au corps sera déterminée par le toucher vaginal et par le toucher combiné au palper abdominal. La mobilité de l'utérus est souvent diminuée. Mais ce qu'il faut avant tout constater, c'est l'angle plus ou moins marqué formé par le corps sur le col. On arrive à bien saisir le corps entre les doigts vaginaux et abdominaux. On remarquera que la déviation subsiste même quand la vessie est pleine et, dans l'état de vacuité de la vessie, le corps ne s'infléchit pas sous les doigts. Il n'est pas rare de rencontrer, avec une élévation de la paroi vaginale du col parfois dirigée en avant, un raccourcissement ou un épaissement des ligaments utéro-sacrés. La portion vaginale du col est d'ordinaire plus longue que normalement et l'orifice externe souvent atrésié, ainsi qu'on peut le constater soit par le toucher, soit au spéculum. Il y a, en même temps, élévation et rétroposition du col.

Le toucher rectal peut donner d'utiles renseignements que complètent les précédents. Il est indispensable chez les vierges.

L'hystérométrie est utile pour déterminer l'existence des points rétrécis, l'inclinaison de l'axe du col par rapport à l'axe du corps, la difficulté du redressement du trajet cervico-utérin. Le cathétérisme de l'utérus est en général difficile, non seulement à cause des obstacles (atrésies), des déviations du canal, de l'acuité de l'angle de flexion, mais aussi à cause de la rétroposition du col et du raccourcissement des ligaments utéro-sacrés. C'est dans ces conditions qu'il faut pratiquer l'abaissement du col. Une pince est placée sur la lèvre antérieure et permet d'entraîner la portion sous-vaginale par en bas et, en même temps, de redresser, dans une certaine mesure, l'axe cervico-utérin.

Bandl décrit chez les nullipares trois points rétrécis : 1° un à l'orifice externe ; 2° le deuxième à l'orifice interne ; 3° le troisième à la partie moyenne, lorsque la dilatation due aux sécrétions s'étend à la moitié du canal.

Chez les multipares, il y aurait un obstacle dont le siège se trouverait à 2 centimètres environ au-dessous de l'orifice interne et qui serait dû à la rétroposition du col dont les parois sont altérées.

Cependant, même chez les multipares on rencontre un certain degré de sténose de l'orifice interne. Pour notre part, nous n'avons pas rencontré chez les nullipares le troisième obstacle, intermédiaire, signalé par Bandl. Ce qui est vrai, c'est que souvent l'hystéromètre — et il faut explorer avec un instrument fin et coudé à son extrémité — est arrêté dans le trajet cervical par des replis de la muqueuse boursoflée ou par des déviations qui empêchent la sonde de suivre l'axe du canal et l'engagent dans un cul-de-sac au lieu de la placer en face de l'orifice interne, souvent rétréci et spasmodiquement contracté.

Avec l'hystéromètre, on se rend compte de la direction du trajet cervico-utérin, surtout si on a eu bien soin de se faire une notion préalable des rapports du col et du corps par l'exploration bimanuelle.

Un point parfois délicat à éclaircir est le suivant : la masse arrondie que l'on sent en avant du col est-elle bien le corps utérin ? Dans la majorité des cas, il est aisé de sentir la continuité qui existe entre les deux segments de l'organe et de constater que les mouvements imprimés à l'un se communiquent à l'autre. Parfois, on a quelques hésitations et celles-ci peuvent être levées par la constatation de la *crête médiane antérieure* (Pichevin). Lorsqu'on pratique le toucher vaginal et que les doigts explorent le cul-de-sac antérieur, on peut constater l'existence d'une véritable crête verticale située sur la face antérieure de l'utérus et la divisant en deux facettes latérales.

Cette crête, plus ou moins marquée suivant les sujets, commence dans la partie supérieure de la portion sus-vaginale du col où elle est à peine marquée, devient plus saillante au niveau du tiers inférieur de la face antérieure du corps et se perd plus haut vers le fond. Elle est constituée par un relief du parenchyme utérin.

La crête médiane antérieure est d'ordinaire moins marquée que la postérieure. Elle peut manquer tout à fait ou être difficilement appréciable suivant plusieurs circonstances difficiles à apprécier. Elle apparaît plus souvent dans l'antéflexion que dans l'antéversion et de préférence chez les nullipares ou les primipares. Souvent la crête existe alors que l'antéflexion présente les caractères de l'antéflexion congénitale. La saillie de la crête n'est pas en rapport avec le degré de l'angle de flexion.

Diagnostic différentiel. — Les développements qui ont été consacrés à la signification qu'il faut attacher à l'antéflexion congénitale nous dispenseront d'entrer dans des détails sur la différence qui existe entre cette forme et l'antéflexion acquise. Il faut simplement ajouter que, dans l'antéflexion congénitale, les organes génitaux sont peu développés, la paroi antérieure du vagin courte, le cul-de-sac antérieur nul.

Le col est petit, dur, la lèvre cervicale antérieure est mince et effilée ; la lèvre postérieure plus longue que la première.

La distinction entre l'antéversion et l'antéflexion ne peut nous arrêter longtemps.

Toute tumeur située au-devant de l'utérus peut faire croire à l'existence d'une antéflexion.

C'est d'abord une tumeur fibreuse située dans la paroi antérieure de l'utérus. Par le redressement de l'utérus avec l'hystéromètre, on arrivera à reconnaître que la paroi antérieure de l'utérus est très augmentée de volume et que, s'il existe une flexion exagérée du corps sur le col, celle-ci est due à la présence d'une tumeur faisant corps avec l'utérus et donnant lieu à un épaissement considérable de sa paroi. L'intervalle situé entre l'extrémité de la sonde introduite dans l'utérus et la partie antérieure de la paroi utérine permet d'affirmer qu'il y a une masse interposée entre la cavité utérine et la face péritonéale antérieure de l'utérus.

Une tumeur pédiculée sur la face antérieure de la matrice, un fibrome, par exemple, peut induire en erreur. Ici encore, il faut abaisser l'utérus et en pratiquer le cathétérisme. En imprimant différents mouvements à la sonde, on peut saisir entre les doigts l'utérus, d'une part, et s'assurer qu'il existe, en outre, au-devant de l'organe, une tumeur plus ou moins adhérente.

Les mêmes considérations et les mêmes manœuvres peuvent s'appliquer quand on est en présence d'une masse ovaro-salpingienne placée, par exception, en avant de l'utérus.

Le cancer de la vessie et les calculs vésicaux ont pu, dit-on, être confondus avec l'antéflexion. Il suffit de signaler ces faits.

Traitement de l'antéflexion. — Le traitement de l'antéflexion est fort variable. Tantôt il s'adresse à la dysménorrhée, tantôt il est dirigé contre la stérilité ; parfois, il doit remédier et aux troubles

menstruels et à la stérilité. Ici l'élément inflammatoire a une part prépondérante. Là il semble réduit au minimum et son action est peu marquée. Suivant l'acuité ou la gravité des symptômes, la thérapeutique devra être plus ou moins active. Enfin, il faut bien le dire, le traitement peut suivre des voies différentes, suivant que le gynécologue est partisan exclusif, soit de la théorie mécanique, soit de la théorie inflammatoire. Les uns viseront le redressement de l'utérus, tandis que les autres auront pour objectif les modifications à apporter à la métrite et aux inflammations péri-utérines. Suivant ses tendances, le gynécologue sera temporisateur, et protagoniste d'un traitement médical, ou radical et assez enclin à proposer des opérations diverses.

1° CEINTURE HYPOGASTRIQUE. — La ceinture hypogastrique a pour action de soutenir les parois abdominales, de diminuer la pression intra-abdominale qui a pour effet d'exagérer la flexion utérine. C'est un moyen adjuvant, accessoire, palliatif.

2° PESSAIRES VAGINAUX. — Il faut signaler les différents pessaires de

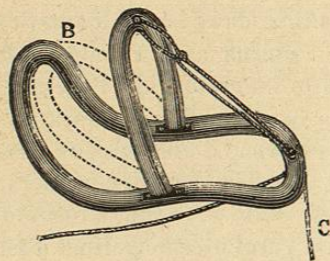


Fig. 32. — Pessaire à boucle mobile de Gaillard-Thomas.

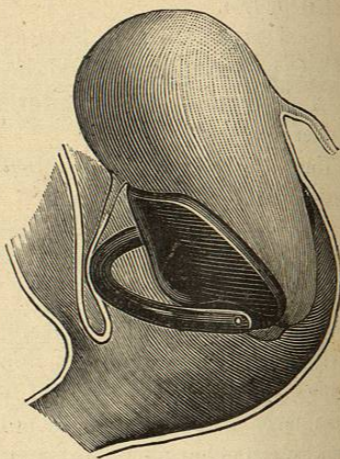


Fig. 33. — Pessaire à coupe ouverte de Gaillard-Thomas, en position.

Gaillard-Thomas (fig. 32 et 33). Le pessaire à boucle mobile n'est qu'un pessaire de Hodge sur lequel s'articule une anse mobile supplémentaire partant du bras postérieur du levier et se dirigeant vers le cul-de-sac antérieur. Il existe un autre pessaire, à anneau fermé, et un troisième, à anneau ouvert. Le pessaire en berceau, de Grailey Hewitt, est peut-être le plus usité.

Ces instruments soutiennent l'utérus et refoulent le corps en haut et en avant.

Les pessaires vaginaux ont donné, paraît-il, quelques résultats. Mais, dans la majorité des cas, ils sont impuissants à faire disparaître la stérilité et à soulager les malades. Ils peuvent néanmoins être utiles quand on est obligé, pour une raison ou pour une autre, de s'abstenir de toute thérapeutique sur la cavité même de l'utérus.

3° CATHÉTÉRISME UTÉRIN. — On s'est parfois contenté de redresser l'utérus avec un hystéromètre et cette pratique a été parfois suivie d'effet. En règle générale, l'hystérométrie est absolument insuffisante.

4° DILATATION. — Le redressement de l'angle de flexion est obtenu par la dilatation. Dans ces cas, l'on n'a pas seulement pour objectif de remédier à la défectueuse canalisation de l'utérus, en faisant disparaître l'angle de flexion, mais on veut agir aussi sur la muqueuse utérine pour combattre la métrite.

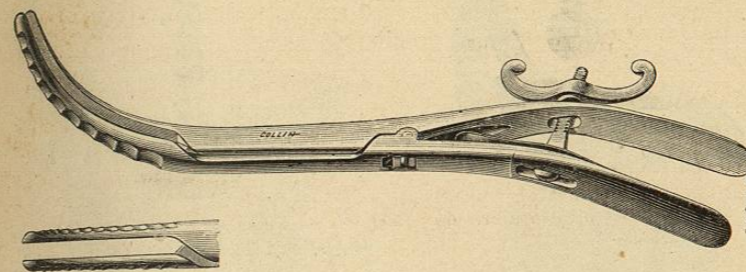


Fig. 34. — Dilatateur de Pichevin.

La dilatation peut être : 1° rapide et extemporanée (bougies de Hegar, dilateurs à 2 ou 3 branches (fig. 34); 2° graduelle et extemporanée, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'anesthésie (bougies, dilateurs à 2 branches); 3° lente et progressive. Des tiges de laminaire sont introduites successivement dans la matrice jusqu'à ce que la cavité cervico-corporéale soit largement dilatée. Chaque tige doit rester en place vingt-quatre heures environ. Il est bon que la dilatation se fasse lentement.

La dilatation avec des tentes antiseptiques a pour but non seulement de redresser l'utérus, de faire disparaître les rétrécissements, l'angle de flexion, mais aussi d'agir sur la muqueuse et sur le muscle utérin lui-même. De plus, elle permet de porter des instruments et des topiques dans la cavité de l'utérus.

On ne se contentera pas de faire une dilatation, dût-elle durer huit jours. Il faut la cesser pendant plusieurs jours, deux, trois ou quatre semaines, et recommencer à mettre dans l'utérus de nouvelles laminaires.

Ces dilatations, surtout quand elles sont suivies d'une abrasion de la muqueuse utérine et d'une thérapeutique intra-utérine bien conduite, peuvent avoir la plus heureuse influence; mais elles sont souvent insuffisantes et les troubles qui avaient nécessité l'intervention reparissent, en même temps que se produit de nouveau l'angle de flexion.

PESSAIRES INTRA-UTÉRINS. — Ces pessaires ont eu leur heure de vogue, puis ont été abandonnés. Ce n'est que dans ces derniers temps

que les gynécologues français ont eu, de nouveau, recours aux tiges intra-utérines pour redresser l'axe de l'utérus et combattre l'antéflexion. Il suffit de signaler le pessaire intra-utérin de Simpson, celui de Greenhalgh, la tige de Valleix, le pessaire de Sims, le pessaire intra-

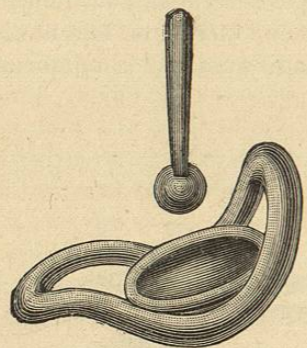


Fig. 35. — Pessaire intra-utérin de Gaillard-Thomas.



Fig. 36. — Pessaire intra-utérin galvanique de Gaillard-Thomas (d'après Mundé).

utérin de Gaillard-Thomas, le pessaire de Studley, la tige de Jackson (en caoutchouc durci et enroulé en spirale), le pessaire galvanique de Gaillard-Thomas (fig. 35 et 36) et de Simpson, etc. Ces pessaires

avaient différents inconvénients et étaient dangereux. Lefour (de Bordeaux) a eu le mérite de proposer l'emploi d'une tige rigide, en métal ou en caoutchouc durci, et présentant quatre cannelures destinées à assurer l'écoulement du sang menstruel (fig. 37). Plus tard, on perfora même la tige de façon à établir un canal central qui facilite l'évacuation des sécrétions (fig. 38).

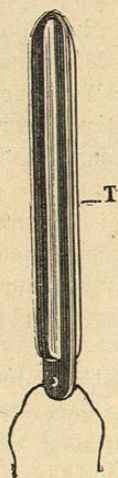


Fig. 37. — Tige intra-utérine de Lefour (dernier modèle).



Fig. 38. — Tige actuelle de Lefour modifiée par M. Levy.

Un fil d'argent est placé à l'extrémité inférieure de la tige et sert à la fixer à la paroi utérine. Voici comment on s'y prendra pour introduire l'instrument et le maintenir dans la cavité utérine.

Une aiguille courbe est montée sur chacun des chefs du fil d'argent. L'aiguille traverse le col, de la cavité cervicale vers le cul-de-sac latéral, de telle sorte que le fil soit transversalement situé. L'autre aiguille s'enfonce par l'orifice externe, pénètre dans la cavité cervi-

cale, traverse le tissu utérin de dedans en dehors, sort dans le cul-de-sac latéral. On a donc un chef à droite et l'autre à gauche du col. Il faut enfoncer la tige jusqu'au fond de l'utérus. On tire à fond sur les deux extrémités du fil, de façon à bien le tendre et que la tige ne puisse pas descendre. Le chef droit est passé en avant de la lèvre antérieure. Le chef gauche est ramené aussi dans le cul-de-sac antérieur en avant du col et on fait un nœud, après avoir serré convenablement les deux fils. La fixation précervicale est ainsi obtenue (fig. 39 et 40).

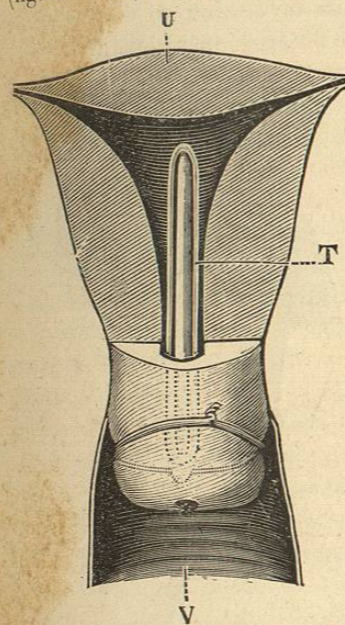


Fig. 39. — Mode de contention de la nouvelle tige de Lefour (vue de face).

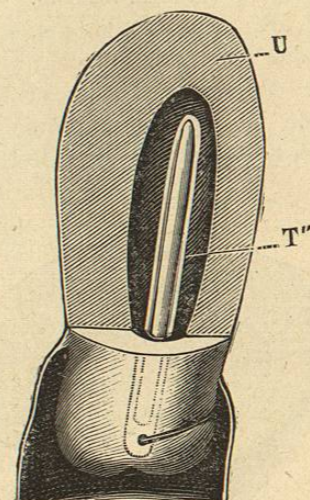


Fig. 40. — Mode de contention de la nouvelle tige de Lefour (vue de profil).

Ces tiges, malgré les critiques dont elles ont été l'objet, ont donné d'excellents résultats et doivent être maintenues dans la pratique.

Traitement médical. — Des injections vaginales chaudes ont été préconisées pour diminuer les phénomènes congestifs et amener la résolution des exsudats. Des irrigations rectales chaudes peuvent être aussi indiquées. Le tamponnement du vagin et, mieux, la columnisation rendront de réels services, si les lésions péri-utérines sont accentuées.

Le massage, d'après la méthode de Thure-Brandt, peut donner de bons résultats et peut-être l'électricité pourrait être judicieusement appliquée, à titre d'adjuvant.

Il y a lieu souvent de combattre les phénomènes nerveux et de mettre en œuvre les moyens dirigés contre la neurasthénie et l'anémie.