

IV

ANTÉVERSION

Les nouvelles connaissances que nous avons sur la situation normale de l'utérus ont entraîné des modifications complètes dans la conception de l'antéversion. On admettait autrefois que l'utérus était en antéversion ou en antéflexion pathologiques, quand on pouvait sentir le corps en avant du col. Cette manière de voir ne saurait être admise aujourd'hui puisque, à l'état normal, la vessie étant vide, on sent très bien par l'examen bimanuel le corps de l'utérus en avant du col; aussi peut-on dire avec A. Martin que le plus grand nombre des antéflexions et des antéversions, considérées jadis comme pathologiques, sont

au contraire normales et ne réclament aucun traitement orthopédique.

L'antéversion ne doit être considérée comme pathologique que lorsqu'elle présente les caractères suivants : 1° l'utérus reste en permanence dans l'attitude de l'antéversion, c'est-à-dire qu'il ne se redresse pas ou ne se redresse pas suffisamment lorsque la vessie se remplit; 2° l'utérus est rectiligne; non seulement il ne présente pas l'antécourbure qui existe à l'état normal, très légère chez les femmes qui ont eu des enfants, un peu plus accentuée chez les nullipares, mais encore la flexibilité de l'organe est perdue, et lorsqu'on cherche à le plier pendant l'exploration bimanuelle on sent qu'il est rigide; 3° le col est notablement

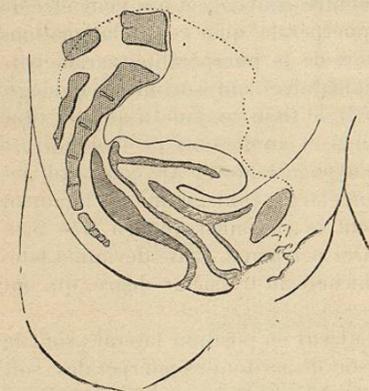


FIG. 45. — Antéflexion pathologique. (D'après Schultze.)

plus élevé qu'à l'état normal; si bien que, la femme étant supposée debout, l'axe longitudinal de l'utérus s'incline sur l'horizontale pour devenir oblique en bas et en avant (voy. fig. 45).

Cet ensemble est exceptionnel; l'antéversion véritablement pathologique est peut-être la plus rare de toutes les déviations utérines. Chez les femmes atteintes de métrite, l'utérus augmenté de volume et alourdi se place assez souvent en antéversion. C'est tout simplement son poids qui l'entraîne et sa position n'est pas fixe. On peut facilement le redresser.

Dans certains cas, sous l'influence d'une réplétion exagérée de la vessie, sous l'influence d'un décubitus dorsal prolongé, ou de secousses un peu fortes (voyage de sept heures en sleeping-car dans un cas), il passe de l'antéversion à la rétroversion. C'est là un état très particulier dû à une insuffisance de tous les moyens de suspension de l'utérus, et qu'on pourrait appeler *utérus flottant*. Je l'ai observé non seulement chez des femmes ayant eu beaucoup d'enfants, mais même chez des nullipares. D'ailleurs, lorsque les malades sont abandonnées à elles-mêmes, l'utérus finit presque toujours par se placer définitivement en rétroversion.

Les causes et le mécanisme de l'antéversion sont encore profondément obscures. On accuse, comme pour toute déviation utérine, les vices d'involution à la suite de l'accouchement ou de l'avortement. Mais il n'y a pas là d'action pathogène directe comme pour certaines flexions. Il semble que les troubles d'involution agissent simplement ici en laissant l'utérus plus gros et plus lourd, surtout du côté du fond. Dans les cas où l'antéversion se produit chez les nullipares, la métrite joue certainement un rôle prépondérant. C'est elle qui rend l'utérus rigide, c'est elle aussi sans doute qui rend le corps plus lourd et l'oblige à s'incliner en avant. Mais la bascule de l'utérus en avant ne peut expliquer l'élévation du col quand elle est très accentuée. Il faut, pour qu'elle se produise, une certaine rétraction des ligaments sacro-utérins. J'ai à peine besoin de dire que dans quelques cas l'antéversion peut être purement symptomatique : ainsi quand elle est produite par le poids d'un fibrome.

Les symptômes fonctionnels de l'antéversion manquent de netteté. On a signalé une antéversion aiguë accompagnée de phénomènes d'étranglement. Elle est tout à fait exceptionnelle. Presque toujours l'antéversion est un état chronique, dont il est difficile de fixer l'origine et le début. Le seul symptôme qu'on puisse attribuer à l'antéversion, ce sont les douleurs qui surviennent lorsque la vessie se remplit, et le ténésme vésical. Ces phénomènes ne sont pas constants, et comme ils disparaissent parfois sous la seule influence du traitement dirigé contre la métrite, on peut se demander, avec Schultze, s'ils sont bien le résultat de la pression mécanique exercée sur la vessie, ou s'ils ne se rattachent pas plutôt aux phénomènes congestifs de la métrite.

La constatation des signes physiques que j'ai indiqués à l'anatomie pathologique permet de poser très facilement le diagnostic de l'antéversion, car il est très aisé par la palpation bimanuelle de saisir tout l'organe entre les deux mains.

Presque toutes, on pourrait dire toutes les antéversions, s'accompagnent de métrite. Souvent on trouve en outre des phénomènes subinflammatoires du côté des ligaments utéro-sacrés (paramétrite postérieure). C'est à ces états inflammatoires que le traitement doit s'adresser d'abord. Repos au lit dans le décubitus dorsal, grandes injections chaudes, révulsion à la teinture d'iode, tampons glycérolés pour décongestionner le bassin, curetage ou mieux injections intra-utérines de chlorure de zinc pour guérir l'endométrite et obtenir une régression du parenchyme utérin. Ce traitement indirect peut suffire à soulager complètement les malades.

Si les symptômes douloureux persistent, il faut s'adresser à l'antéversion elle-même, cela est moins aisé. Il est évident qu'il n'y a pas ici à parler de réduction, comme pour les rétroversions, puisque la position de l'utérus se confond presque avec certaines positions qu'il peut occuper à l'état normal. Les ceintures hypogastriques rendent quelquefois des services, surtout, je crois, quand il existe en même temps que l'antéversion de l'entéroptose généralisée.

Le traitement orthopédique de l'antéversion par les pessaires est difficile. Schröder, Pozzi pensent que celui qui convient le mieux c'est l'anneau simple (Dumontpallier, Mayer). Cet instrument n'a d'autre rôle que de distendre le vagin. On a imaginé trois pessaires spécialement destinés à lutter contre l'antéversion, le pessaire en berceau de Graily Hewit, le pessaire de Gaillard Thomas et celui de Galabin. Ces instruments sont tous munis d'une pièce saillante en haut et en avant, qui a pour but de maintenir le corps de l'utérus à travers le cul-de-sac antérieur. Schultze n'est pas partisan de ces pessaires. Il est à

craindre, en effet, qu'ils ne déterminent autant de douleurs que l'antéversion elle-même, en pressant sur la vessie. Quant aux pessaires intra-utérins, je ne sache pas qu'il en existe de bon modèle pour l'antéversion.

Lorsque l'antéversion détermine par elle-même des douleurs, on peut recourir à l'opération de Sims. Elle a pour but de raccourcir la paroi antérieure du vagin de façon à attirer le col en avant et à faire ainsi basculer le corps en arrière. Elle consiste à faire dans le cul-de-sac antérieur un avivement transversal et à en rapprocher les deux bords par une suture.

J'ajoute, mais d'une manière tout à fait théorique, qu'on pourrait remédier à une antéversion pénible par l'hystéropexie abdominale.

V

ANTÉFLEXION

Avec l'antéflexion, nous entrons dans l'étude de ces déviations fréquentes, qui s'accompagnent de symptômes souvent fort pénibles, et dont le traitement est si difficile qu'il embarrasse les gynécologues les plus expérimentés.

Je ne crois pas qu'il faille chercher dans le degré de l'angle que fait le col en s'unissant au corps la caractéristique de l'antéflexion. Ce qui la caractérise essentiellement, c'est la fixité de cet angle, par conséquent la rigidité de l'utérus en flexion : ainsi un utérus peut être pathologiquement antéfléchi sans que l'angle de flexion soit très supérieur à celui qu'on observe à l'état normal chez les nullipares lorsque la vessie est vide. Il va sans dire aussi que cet angle peut s'exagérer notablement et même devenir très aigu.

Gaillard Thomas distingue trois variétés d'antéflexion : 1° l'antéflexion corporelle, le corps est fléchi sur le col qui garde sa situation normale ; 2° l'antéflexion cervicale, c'est le col qui est fléchi, le corps restant en bonne position ; 3° l'antéflexion cervico-corporelle, dans laquelle les deux segments s'incurvent simultanément l'un vers l'autre.

La première variété paraît être la plus commune. Il s'agit de petits utérus, dont la cavité mesure moins de 6 centimètres. Le col est souvent plus long que le corps. Il n'est pas rare de trouver une différence d'épaisseur énorme entre la paroi postérieure et l'antérieure ; cette dernière étant la plus mince. Ce dernier point est très frappant sur la figure 46, faite d'après une coupe congelée. On trouve dans l'atlas de Winckel un cas jusqu'ici unique, à ma connaissance du moins, où c'est la paroi postérieure qui est atrophiée. L'angle de flexion est très variable, extrêmement aigu sur la figure 46, il dépasse à peine l'angle droit sur la figure 47.

On observe assez fréquemment sur les utérus antéfléchis un allongement de la portion susvaginale du col. Certains auteurs ont considéré cet allongement comme caractéristique de l'antéflexion congénitale. Il est bien difficile d'accepter cette manière de voir ; les hypertrophies du col sont, je crois, le plus souvent secondaires, car on les observe souvent aussi avec les rétroversions. Martin est, je pense, dans le vrai en les rapportant à la métrite.

Un fait très important et que je n'ai pas vu signaler, c'est que, dans certains cas d'antéflexion, il se forme des adhérences étendues entre les deux surfaces

mises au contact par la flexion. On voit ces adhérences sur la figure 96, faite d'après une coupe congelée. Enfin j'ajouterai qu'il m'a semblé, et cela est visible sur les deux figures 45 et 46, que dans certains cas d'antéflexion l'épaisseur de la cloison vésico-utérine est notablement diminuée.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des cas où la flexion se fait au niveau de l'isthme, c'est la règle. Mais on voit quelquefois la flexion se faire au-dessus de l'isthme, en un point du corps plus ou moins rapproché du fond. J'ai moi-même observé un cas où la flexion siégeait très près du fond de l'utérus (sujet congelé, voy. plus loin, fig. 47). Ce sont là de rares exceptions qu'il suffit de signaler.

Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation, ces cas existent incontestablement où le col étant l'axe du vagin comme dans les cas de rétroversion, le corps de

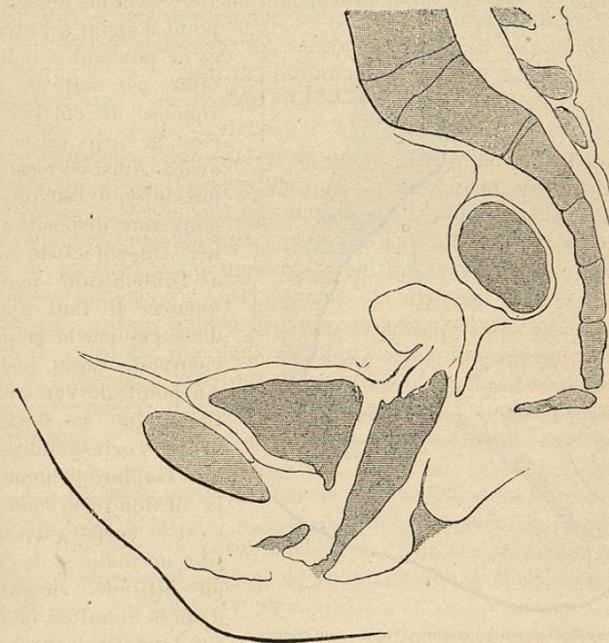


FIG. 46. — Antéflexion pathologique. (D'après une coupe de cadavre congelé.)

l'utérus est cependant en antéflexion. C'est là une forme spéciale d'antéversion. Sans chercher à savoir si la qualification de congénitale lui convient mieux que celle de puérile, on peut affirmer, je crois, qu'elle est primitive, c'est-à-dire qu'elle est due à un trouble de développement de l'utérus et non à la métrite. Elle existe, en effet, chez des femmes qui n'ont aucune trace d'inflammation. Les troubles dysménorrhéiques qu'elle engendre se manifestent dès l'instauration des règles et elle entraîne généralement la stérilité.

L'étiologie et la pathogénie des antéflexions ont été fort discutées. L'origine congénitale, considérée comme très fréquente par certains auteurs, est presque complètement niée par d'autres, Martin par exemple. Du reste on ne s'entend pas du tout sur le sens du mot antéflexion congénitale. Pour certains gynécologues ce serait la persistance d'un état normal chez le fœtus. Cette manière