

GYNÉCOLOGIE

PRINCIPAUX PROBLÈMES

1. Ménarche et ménopause
2. Maladies sexuellement transmissibles
 - 2.1 *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*
 - 2.2 Ulcérations génitales
 - 2.2.1 Chancre mou
 - 2.2.2 Lymphogranulome vénérien
3. Salpingites
4. Kystes ou fibromes utérins
5. Tumeurs de Burkitt
6. Cancers du col utérin
7. Pathologie mammaire
 - 7.1 Seins surnuméraires
 - 7.2 Tuberculose du sein
 - 7.3 Lymphoedème chronique
 - 7.4 Fibro-adénomes
 - 7.5 Cancer du sein
8. Contraception
9. Conclusions

Annexe: Aperçu de la pratique gynécologique à Kinshasa 1945-1960.

BIBLIOGRAPHIE

La pratique gynécologique en Afrique centrale est plus riche en embûches que partout ailleurs.

La femme africaine a une pudeur qui n'est qu'apparemment en contradiction avec les promiscuités qui caractérisent une vie libre. La tradition fixe des règles d'une grande complexité en matière de vie sexuelle; celles-ci connaissent bon nombre de variantes ethniques qu'il n'est pas toujours aisé de discerner. Les femmes s'adressent à d'autres femmes pour obtenir des conseils et des soins dans le domaine gynécologique. Les Africaines islamisées ont une préférence marquée pour des femmes-médecins et des infirmières.

La grande majorité des patientes viennent à la consultation gynécologique avec l'espoir de trouver ou de retrouver une fécondité, source d'harmonie pour le ménage et la famille. L'opinion prévalente est d'ailleurs que la stérilité ne peut être causée que par la femme elle-même.

La gêne et les douleurs dans le bas-ventre, les lombalgies ne les préoccupent que très accessoirement. Un premier handicap rencontré dans l'interrogatoire est que selon la tradition c'est le praticien qui décèle le mal dont souffre la patiente et la courte mémoire des intéressées pour des signes considérés comme naturels ne fait que compliquer la situation. L'intérêt de la date des premières règles, de la dernière menstruation, de leur durée, de leur abondance, leur échappe complètement. L'émotivité aidant, les femmes restent silencieuses ou répondent avec réticence et au hasard. Une

fillette qui accompagne la patiente fournira parfois les détails de l'anamnèse. Il est également possible qu'elles aient des idées préconçues au sujet du traitement qu'elles recherchent, par exemple une insufflation.

La douleur étant par définition subjective, il sera difficile de l'évaluer et de la mesurer. Il faudra apprendre à la reconnaître à travers certaines mimiques, attitudes ou mouvements.

La gynécologie est dominée en Afrique tropicale par de nombreux facteurs infectieux souvent de diagnostic difficile; la fréquence des infections fait parfois traiter de manière stéréotypée les affections qui exigeraient un diagnostic précis. Le gonocoque est fréquemment incriminé sans preuves: il remonte la filière des muqueuses utérine et tubaire pour atteindre l'ovaire et le péritoine, sans toucher les paramètres. La survie du gonocoque ne dépasse pas 4 mois et les lésions sont la plupart du temps stériles. L'écoulement vaginal ou urétral manque souvent. D'autres germes, tels que le streptocoque, sont plus envahissants. Il existe en outre une grande variété de micro-organismes et de vaginites non spécifiques. Les traitements actuellement disponibles réclament souvent des diagnostics précis.

Les dystocies négligées produisent bon nombre de fistules vésico-vaginales et autres délabrements que le gynécologue-chirurgien devra traiter.

La gynécologie a un rôle particulièrement délicat en Afrique centrale, mais elle est riche en satisfactions professionnelles.

PRINCIPAUX PROBLÈMES

Cette section se limite à ce qui distingue la pratique gynécologique en Afrique équatoriale de celle d'autres régions du monde.

1. Ménarche et ménopause

A Kinshasa (Zaïre), l'âge moyen du ménarche est actuellement de $13,83 \pm 0,04$ ans (entre 8 et 20 ans), soit un peu plus tardif que dans les pays à niveau de vie élevé (entre 12,5 et 13,3 ans). Environ 10 % des jeunes filles voient apparaître leurs premières règles entre 15 et 20 ans. Comme dans d'autres contrées, le niveau socio-économique de la cellule familiale influe sur l'âge du ménarche. Dans les familles aisées, l'âge moyen lors des premières menstrues est de 13,61 ans alors que dans les milieux les plus défavorisés, il est de 13,88 ans (Rashid-Tozin et al., 1984).

Il est généralement admis que l'âge auquel survient la ménopause n'est pas influencé par des facteurs socio-économiques, ethniques ou climatiques, ni par le nombre de grossesses de la femme, ni par la nature ou la durée d'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive. Pour tous les pays où l'on dispose de pareilles données, l'âge moyen de la ménopause est de 50 à 51 ans.

2. Maladies sexuellement transmissibles

Les MST sont hyperendémiques en Afrique équatoriale où elles représentent une cause importante de morbidité maternelle et infantile. La majorité des cas de salpingite et de pelvi-péritonite, de septicémie puerpérale, de grossesse extra-utérine et d'infertilité leur sont imputables (Piot et Meheus, 1983; Meheus et Piot, 1983).

2.1 *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*

L'impact de la syphilis sur l'évolution de la grossesse est discuté dans la partie obstétrique de ce chapitre. D'autres germes (*N. gonorrhoeae*, et peut-être *C. trachomatis*) acquis par contact vénérien, ont également un rôle néfaste en gynécologie. La présence du gonocoque dans la filière génitale de la femme est associée à une augmentation de la fréquence des ruptures prématurées de la poche des eaux, des accouchements avant terme, des chorio-amniotites et des fièvres puerpérales. L'influence de l'infection chlamyidienne sur la grossesse est moins bien précisée.

2.2 *Ulcérations génitales*

2.2.1 Chancre mou

Les ulcérations génitales sont nettement plus fréquentes en Afrique équatoriale qu'en Europe. A la consultation des MST à Nairobi (Kenya), 5 000 cas de chancre mou sont vus annuellement (Nsanze et al., 1981; Piot et

Meheus, 1983). A l'encontre des pays développés, où l'herpès génital est la cause la plus fréquente d'ulcérations génitales, suivie de loin par la syphilis, en Afrique, c'est le chancre mou qui en est le facteur étiologique principal: 62 % au Kenya, 58 % en Afrique du Sud, 42 % au Swaziland. Dans ces mêmes pays, la syphilis a une fréquence de 9 à 17 %, le lymphogranulome vénérien de 0 à 12 % et la donovanose de 0 à 1 %.

Le fait que ce soient surtout les hommes qui viennent en consultation pour le chancre mou, dans la proportion de 2 à 30 hommes pour 1 femme, n'exclut pas a priori que cette affection soit malgré tout plus fréquente chez la femme que les chiffres ne le laissent supposer (Piot et Meheus, 1983).

2.2.2 *Lymphogranulome vénérien*

Le lymphogranulome vénérien ou maladie de Nicolas-Favre (Stewart, 1967), quoique plus rare, est important de par la sévérité des lésions résiduelles qu'il provoque.

La maladie débute par l'apparition d'une papule située en général au niveau de la vulve. Après très peu de temps se développe une lymphadénite sévère des ganglions satellites dans le creux inguinal. Si l'infection n'est pas traitée, ces derniers seront à l'origine de la formation de sinus vers la peau.

L'occlusion des vaisseaux lymphatiques de la vulve, du vagin, du rectum et des tissus adjacents aboutit à l'apparition d'oedème et de lichénification des téguments. Il se forme ensuite des sinus, des échancrures et des fenestrations multiples au niveau des petites lèvres. L'urètre peut être progressivement détruit à partir de sa partie la plus distale. Une incontinence urinaire survient si l'urètre est complètement détruit. Par contre, si la partie proximale de ce conduit est préservée, la fibrose périurétrale peut provoquer des difficultés de miction, voire une rétention d'urine.

Au niveau du rectum, après une phase de rectite purulente aiguë, la maladie évolue vers la fibrose périrectale. La destruction éventuelle du sphincter anal sera la cause d'incontinence fécale. A l'inverse, la sténose rectale provoquera une constipation rebelle et éventuellement, à la suite d'efforts de défécation véhéments, le prolapsus utérin.

Chez un tiers des femmes présentant pareille sténose, une fistule recto-vaginale se développe. Un degré important de fibrose périrectale constitue une contre-indication à l'accouchement par voie basse: la dyscinésie rebelle ne cédera qu'après rupture des tissus fibrosés, avec infection de toutes les structures avoisinant le rectum. La fibrose de la paroi vaginale, avec oblitération complète du vagin, est parfois cause d'hématocolpos et d'apareunie.

Dans les suites éloignées du lymphogranulome vénérien, on note une fréquence accrue d'épithéliomas spinocellulaires de la vulve.

3. Salpingites

Les salpingites sont assez fréquentes. Elles peuvent donner lieu à un tableau de pelvi-péritonite avec forte fièvre, hyperleucocytose, douleurs sus-pubiennes ou des fosses iliaques, avec défense musculaire nette. Il existe parfois des vomissements par irritation péritonéale, mais l'état général reste satisfaisant.

Ce n'est qu'après un traitement médical, à la fin de la phase aiguë et après localisation nette au niveau des trompes ou du cul-de-sac de Douglas que le chirurgien interviendra. Si le Douglas est douloureux au palper digital et que l'examen vaginal indique un état de tension par turgescence du cul-de-sac postérieur, la ponction exploratrice est pratiquée sous petite anesthésie. Une pince de Pozzi est placée sur le col pour le fixer; la ponction se fera avec une aiguille montée sur seringue; on piquera au ras du col de l'utérus et parallèlement à sa face postérieure pour éviter la perforation de l'ampoule rectale. Si la ponction ramène du pus, l'aiguille fera place au bistouri et au drainage.

Les salpingites secondaires sont souvent responsables de la stérilité. Une gonococcie négligée peut se réveiller après un premier accouchement. L'infection des trompes et leur sténose se fera par voie ascendante. C'est la «One child sterility». Après traitement de l'infection, la réperméabilisation des trompes pourra se faire, soit par insufflation, soit par bougirage, soit par plastic si le chirurgien est compétent, mais les résultats sont souvent décevants.

4. Kystes ou fibromes utérins

L'exérèse de fibromes représente plus de la moitié des interventions chirurgicales gynécologiques. Elle n'est en rien comparable à la chirurgie européenne correspondante. En Afrique, ces fibromes cachent souvent une pathologie annexielle infectieuse ancienne avec de multiples adhérences et le volume habituellement considérable de ces fibromes rejoint les observations historiques du XIX^e siècle. L'hystérectomie sera autant que possible subtotale, compte tenu de la psychologie de la femme africaine.

5. Tumeurs de Burkitt

Dans ce syndrome, des tumeurs bilatérales et de grande dimension affectent les ovaires; ceci constitue parfois le seul motif de consultation. Dans plus de deux tiers des autopsies pratiquées sur des sujets du sexe féminin, on trouve des tumeurs ovariennes. Toute tumeur ovarienne décelée chez la fillette, en Afrique tropicale, doit être considérée jusqu'à preuve du contraire comme un lymphome malin. Cette règle est particulièrement valable en cas de tumeurs bilatérales.

6. Cancers du col utérin

Un facteur oncogène (HPV-16?) transmis par contamination vénérienne joue un rôle de plus en plus évident dans la genèse de l'épithélioma pavimenteux du col de la matrice. Dès lors, il n'est pas étonnant que ce cancer, comme l'épithélioma du pénis, soit fréquent dans certaines régions d'Afrique. En Uganda, le cancer du col est la tumeur maligne la plus fréquente; son incidence standard dans la région avoisinant la capitale est égale ou supérieure à 28 pour 100 000 (Hutt, 1975; Trussell, 1975). Dans ce même pays, on rencontre sept cancers invasifs du col pour un seul cancer de l'endomètre. Dans un quart des cas, l'âge de la patiente est inférieur à 30 ans.

Le cancer du pénis est fréquent dans la plupart des régions d'Uganda. Il en est de même pour les condylomes vénériens, dont on sait qu'ils sont causés par des virus apparentés à ceux qui sont impliqués dans la genèse des cancers du col et du pénis.

7. Pathologie mammaire

La pathologie du sein est très différente de celle qu'on rencontre en Europe (Davey, 1968). Elle présente cinq particularités.

7.1. Seins surnuméraires

Ils sont plus fréquents chez l'Africaine que chez la femme de race blanche.

7.2. Tuberculose du sein

La tuberculose du sein ressemble cliniquement au cancer de cet organe: tumeur axillaire, augmentation généralisée du volume du sein, présence de sinus et de «peau d'orange». A l'interrogatoire, la patiente révèle toutefois que l'apparition d'un nodule axillaire a précédé l'agrandissement du sein homolatéral. Ceci est conforme à la théorie selon laquelle l'infestation tuberculeuse du sein se fait par voie rétrograde à partir des ganglions axillaires.

La présence de sinus au niveau de l'aisselle, du sein et du cou drainant un liquide opalescent ou du caseum est considérée comme pathognomonique. La «peau d'orange» affecte le sein tout entier, mais elle est plus marquée dans sa partie inférieure. L'oedème lymphatique peut également se développer au niveau du membre supérieur.

La biopsie ganglionnaire permettra de confirmer le diagnostic; le traitement est essentiellement médical.

7.3. Lymphoedème chronique

La pathogenèse de cette anomalie est mal comprise. L'adénite tuberculeuse ou l'atteinte filarienne des ganglions axillaires pourraient en être la cause.

7.4. Fibro-adénomes

L'ulcération ou la surinfection d'un fibro-adénome de

grande taille peut faire confondre cette tumeur avec un cancer du sein.

7.5. Cancer du sein

Si ce dernier est fréquent à Khartoum au Soudan (23 % des cancers chez la femme), il est beaucoup plus rare à Kampala en Uganda (7 %) ou à Johannesburg, Afrique du Sud (10 %). Ces fréquences sont beaucoup plus faibles que celles que l'on connaît en Europe ou aux Etats-Unis (Hutt, 1975). Ceci s'explique probablement par la protection que confère en cette matière l'âge précoce de la première grossesse menée à terme.

8. Contraception

Il n'est pas possible d'aborder ce sujet extrêmement complexe dans ce chapitre. Les diverses techniques disponibles sont exposées, entre autres, par De Clercq (1982). En matière de santé publique et individuelle, seul l'allaitement maternel prolongé semble avoir produit des résultats tangibles concernant la régulation des naissances en Afrique équatoriale. Dans les milieux ruraux, on note, malgré les campagnes d'information, une résistance marquée devant l'utilisation de moyens contraceptifs modernes. Seul le stérilet aurait un taux de continuité relativement satisfaisant, mais il est fréquemment impliqué dans les processus infectieux dont on connaît les répercussions sur la fertilité de la femme.

Une propagande bien menée, en matière de stérilisation tubaire, pourrait se révéler fructueuse, mais seulement à très long terme.

9. Conclusions

De nombreux aspects de la pathologie gynécologique et obstétricale d'Afrique équatoriale résultent de conditions socio-économiques et sanitaires défavorables. Dès

lors, il saute aux yeux qu'une amélioration dans le domaine de cette pathologie passe par des réformes structurelles de la société. Même en Europe, l'amélioration constante et actuelle de la mortalité périnatale, index fiable de santé publique, est due, en grande partie, à l'amélioration du niveau de vie, de l'éducation, de l'hygiène alimentaire, du contrôle des maladies infectieuses et à la limitation des naissances. Les tentatives pour y remédier doivent nécessairement s'inscrire dans un plan d'ensemble d'amélioration des conditions socio-économiques et sanitaires.

Une analyse approfondie, région par région, des problèmes prioritaires de santé de la mère, ainsi que par extension, du couple et de l'enfant, permettra de prendre des mesures plus rentables que l'acquisition d'une instrumentation coûteuse.

Conjointement aux mesures pour améliorer le niveau de vie et les conditions sanitaires générales, on s'efforcera dans le domaine de la gynécologie-obstétrique:

- 1) d'organiser un réseau de soins étagés depuis les dispensaires, jusqu'aux maternités et hôpitaux; ceci afin de prodiguer les soins appropriés en fonction du degré de sévérité de la pathologie;
- 2) d'instituer la prévention des maladies sexuellement transmissibles et particulièrement de dépister et traiter la syphilis chez toute femme suivie à la consultation prénatale;
- 3) d'organiser des campagnes d'information en matière de régulation des naissances;
- 4) de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse en milieu médical;
- 5) de corriger l'anémie, d'instituer une chimioprophylaxie en matière de paludisme et de vacciner contre le tétanos durant la grossesse;
- 6) de promouvoir l'allaitement maternel prolongé.

J. J. Amy

Annexe: Aperçu de la pratique gynécologique à Kinshasa 1945-1960.

1. Généralités

L'importance communautaire et individuelle attachée à la fécondité explique le recours des femmes africaines aux services de gynécologie. Elles y cherchent une aide pour les troubles de la sphère génitale et de la fonction reproductrice. Les maternités et les services de gynécologie ont connu très vite une affluence de parturientes et de patientes.

Toutefois, la pathologie gynécologique n'a commencé à être explorée de manière méthodique qu'après 1945, à mesure que les hôpitaux et les maternités se sont multipliés, qu'un certain nombre de médecins ont été formés et se sont spécialisés dans ce domaine.

Dans les formations rurales, les médecins généralistes

ont réservé une part honorable à une pratique obstétricale et gynécologique importante, avec des moyens fort simples. Des services spécialisés ont été créés dans les villes et ont permis d'améliorer progressivement les moyens d'exploration et les techniques thérapeutiques. A l'examen clinique classique sont venus s'ajouter l'examen au colposcope, la cytologie de dépistage de cancers ou de troubles hormonaux, la biopsie de l'endomètre, l'insufflation tubaire, l'hystéro-salpingographie, les tests de grossesse, les dosages hormonaux.

L'éducation des patientes a amélioré leur collaboration à l'évocation de l'anamnèse, à la description des symptômes, à l'observation de la durée du cycle, aux particularités des menstruations et à la prise de la température basale.

Certains services de gynécologie ont été complétés par un petit laboratoire pour les examens microscopiques, microbiologiques et cytologiques. Le diagnostic de grossesse débutante se faisait par le test de Galli-Maïnini ou Bufotest, aisé et peu coûteux.

L'aperçu qui suit se base principalement sur les constatations faites à Kinshasa par Lambillon et Drumel de 1948 à 1952.

2. Le cycle menstruel et les anomalies de la menstruation

En milieu coutumier la menstruation revêt une importance considérable, puisqu'elle symbolise une fécondité très appréciée. Les anomalies de la menstruation et, en subconscient, les craintes d'infécondité, sont un souci majeur qui pousse les femmes à venir en consultation.

La disparition des règles que n'expliquent ni une grossesse ni la lactation et même la modification des menstruations constituent un motif important. La puberté, plus tardive que chez l'Européenne, ne s'installe que vers 15 ans; on a cependant vu des grossesses à l'âge de 14 ans. Les relations sexuelles précoces sont fréquentes, même avant la puberté.

La ménopause est mal ressentie en raison de l'arrêt des menstruations, mais les troubles subjectifs si fréquents en Europe sont rares. Les signes objectifs les plus évidents sont, avec l'involution utérine, les signes d'une carence au niveau vaginal souvent assez précoces.

Le cycle menstruel normal de l'Africaine est semblable à celui des femmes d'autres races. L'observation de 26 cycles de personnes normales suivis par courbe de température basale et par biopsies endométriales, a montré que la durée des cycles variait de 22 à 30 jours (moyenne de 26 jours) et celle des règles de 3 à 7 jours (moyenne de 4 jours).

Selon les différents critères, le moment de l'ovulation survient en moyenne le 12^e jour. Toutefois, dans 50 % des cas, on constate un allongement de la phase oestrogénique et un raccourcissement de la phase sécrétoire.

L'analyse de 978 cas pathologiques observés par Lambillon et Drumel (1952) fournit les constatations suivantes:

2.1. La dysménorrhée

La dysménorrhée est fréquemment invoquée (50 % des plaintes). Elle est parfois limitée au temps des règles mais n'est le plus souvent que l'exacerbation menstruelle d'une douleur pelvienne plus continue: 10 % des cas ne révélaient aucune anomalie organique et représentaient bien une dysménorrhée dite essentielle, 90 % montraient soit des lésions inflammatoires chroniques annexielles ou pelviennes, soit une rétroversion congestive.

2.2. L'hyperménorrhée et les ménométrorragies

Elles représentent 20 % des cas. Dans les deux tiers des cas, il s'agit de règles trop abondantes et parfois plus fréquentes. Ici, le rôle d'une pathologie organique est

plus marqué: les lésions inflammatoires annexielles ou pelviennes, la rétroversion ou la fibromatose se retrouvent dans la plupart des cas. Quelques biopsies d'endomètre ont montré de l'hyperplasie simple ou glandulokystique, des cycles anovulatoires, de l'insuffisance sécrétoire, parfois une endométrite.

Les méno-ou métrorragies importantes, si l'on excepte quelques cas dus à des restes placentaires (polypes utérins ou fibromes sous-muqueux), sont dues essentiellement à l'hyperplasie glandulokystique de l'endomètre ou à une endométrite.

2.3. L'aménorrhée

Elle représente 13 % des anomalies de la menstruation; la moitié des cas s'explique par une grossesse débutante, un cinquième par la ménopause. Dans les autres cas, on rencontre des anomalies organiques mais la cause en reste incertaine. L'examen de l'endomètre n'a donné d'explication que dans un cas sur deux, notamment deux cas de tuberculose endométriale.

3. Maladies gynécologiques organiques

3.1. Périnée et région vulvovaginale

Les Africaines pratiquent volontiers une hygiène intime faite de lavages énergiques qui suppriment les sécrétions vaginales même normales, et elles introduisent à l'occasion divers «médicaments». On ne voit toutefois pas beaucoup d'infections externes, ni d'eczématisation.

Les vaginites à candida ou à trichomonas sont fréquentes, souvent sans symptômes apparents. On a peu de données bactériologiques sur les infections: la gonorrhée se rencontre dans 25 % des cas, les autres infections sont souvent dues à des associations microbiennes, notamment des germes d'origine intestinale et des anaérobies. La bartholinite n'est pas rare et finit par un drainage ou un enkystement. L'excision se pratique dans certaines régions d'Afrique mais elle n'a pas été rencontrée à Kinshasa.

On a observé des cloisonnements hyménaux ou vaginaux entraînant l'absence de règles et un hémato-colpos plus ou moins volumineux dont l'excision chirurgicale était simple. La laxité de la sangle abdomino-pelvienne est fréquente même chez la nullipare; les cas de colpocèle antérieure et postérieure avec un degré plus ou moins important de prolapsus utérin n'étaient pas rares. Au début, les cures chirurgicales étaient décevantes en raison des récidives. L'amélioration des techniques de colporhinéorrhaphie a permis des cures plus satisfaisantes.

3.2. Le col utérin.

Le col utérin est souvent facile à inspecter en raison de la laxité périnéale et d'un léger prolapsus. L'épithélium exocervical paraît plus résistant que chez l'Européenne: les érosions ectopiques et les signes de remaniements anciens sont rares. Par contre, les déchirures multiples

parfois profondes avec des adhérences sont fréquentes, suite à des accouchements. Leur traitement chirurgical est possible et indiqué dans certains cas.

La béance de l'orifice interne du canal cervical est due à des avortements. La technique de cerclage du col a fait ses preuves dans les grossesses menacées.

Les endocervicites se rencontrent rarement. Des statistiques de 1947 portant sur près de 2 000 cas examinés n'en signalent que 26.

Les érosions cervicales et les cervicites sont dépistées avec une plus grande fréquence qu'autrefois; on les signale partout.

3.3. Pathologie du corps utérin.

Les malformations se rencontrent parfois, le plus souvent sous forme d'utérus cordiforme avec un éperon sagittal qui peut aller jusqu'à dédoubler toute la cavité utérine et même le col. En début de grossesse, on décèle facilement le développement prédominant d'une corne utérine. Cela peut être une cause d'avortement à répétition et dans ce cas, précisé par hystérogaphie, la résection chirurgicale de l'éperon est bénéfique.

L'hypoplasie du myomètre des jeunes nullipares est assez fréquente; l'hystérométrie précise les dimensions respectives du canal cervical et de la cavité utérine. La plupart du temps, l'endomètre ne révèle aucune déficience hormonale. Elle entraîne souvent de la dysménorrhée, d'autant plus qu'elle s'accompagne d'une antéflexion excessive en crochet et souvent d'hyperménorrhée.

On rencontre souvent une hyperinvolution en rapport avec la lactation prolongée. Dans ces cas, on peut obtenir une maturation du muscle en provoquant quelques cycles artificiels à prédominance oestrogénique. Les dosages hormonaux permettent de mieux préciser actuellement le rôle hypothalamo-hypophysaire de cette hyperinvolution et d'appliquer des thérapeutiques spécifiques.

Les infections ascendantes de l'endomètre, en dehors du post-abortum ou du post-partum, où l'on peut voir de véritables pyométrites, restent discrètes: elles se traduisent cliniquement par des douleurs modérées et surtout par des polyménorrhées avec règles abondantes et prolongées. Il y a une infiltration lymphoplasmocytaire de l'endomètre.

L'hyperplasie scléreuse diffuse du myomètre se voit chez les multipares qui présentent un utérus uniformément augmenté de volume et de consistance plus ferme: ce sont sans doute des candidates à la rupture utérine lors d'une cinquième ou sixième grossesse. Il semble que l'adénomyose soit maintenant plus fréquente, du moins à Kinshasa.

La fibromyomatose est extrêmement fréquente même chez les femmes jeunes: elle touche 10 % des patientes. Il n'est pas rare de découvrir des fibromes de taille impressionnante avec des adhérences multiples dues à des annexites. Au début de la maladie, il y a une phase prolongée de déséquilibre oestro-progestinique, se tra-

duisant par des cycles anovulatoires, une hyperplasie simple qui devient peu à peu glandulokystique, et des règles abondantes, prolongées, irrégulières. A ce stade, un traitement équilibrant par les progestagènes peut stabiliser le processus ou freiner l'évolution. Au stade de myomatose multiple, la fonction hormonale ovarienne peut redevenir normale et permettre une grossesse; il y a cependant un risque d'avortement ou des difficultés d'accouchement.

La rétroversion est fréquente elle aussi. On l'accusait volontiers de causer de nombreux maux: douleurs, règles abondantes, stérilité, avortements. Il faut la distinguer de la rétroposition dans laquelle le corps utérin, intimement adhérent aux annexes prolabées, est attiré vers l'arrière et se confond aisément avec une rétroversion fixe. Dans les deux cas, les symptômes et le traitement sont ceux de la pelvi-péritonite chronique. La rétroversion mobile, réductible à la main ou à l'hytéromètre, demande d'agir chirurgicalement sur les moyens de suspension ou d'installer un pessaire. Le prolapsus important avec colpo-rectocèle exige une bonne suspension utérine jointe à une colpo-périnéographie antérieure et postérieure.

3.4. Pathologie tubaire

3.4.1. Grossesse extra-utérine

Une grossesse extra-utérine a été observée sur dix grossesses, ce qui est considérable. En gynécologie, c'est l'urgence chirurgicale majeure. Le tableau clinique est tellement caractéristique que le diagnostic pouvait être fait par l'infirmière et confirmé par ponction abdominale ou du Douglas avant l'arrivée du médecin. L'intervention est rapide et simple; elle permet en général de conserver au moins l'ovaire. Il est important d'assurer une transfusion et une bonne réanimation péroperatoire. La transfusion a été souvent faite au moyen du sang recueilli dans la cavité péritonéale, filtré et réinjecté. La création d'une banque de sang et la présence d'un anesthésiste-réanimateur ont été un progrès considérable.

En cas de grossesse extra-utérine non rompue, le diagnostic devient moins aisé surtout s'il y des modifications inflammatoires annexielles; c'est d'autant plus souvent le cas que l'anamnèse ne permet que difficilement de préciser le caractère des douleurs. Un test de grossesse positif est décisif, mais il est souvent négatif. La ponction du Douglas qui ramène un peu de sang incoagulable confirme le diagnostic.

La grossesse tubaire peut dans certains cas évoluer sans rupture pendant plusieurs mois et même exceptionnellement jusqu'à terme. Un cas était abdominal (l'enfant était mort) et l'autre s'était développé dans la trompe et le ligament large (l'enfant était vivant). Des grossesses à la fois intra- et extra-utérines ont été observées. L'intervention permettait souvent une évolution normale (Lambillon et Drumel, 1950).

3.4.2. Les annexites

Elles ont une importance considérable en gynécologie africaine par leur fréquence (45 % des consultantes sur base du seul examen clinique), par leur caractère extensif englobant l'ovaire et le péritoine pelvien, par les lésions chroniques adhérentielles douloureuses et par la stérilité qu'elles entraînent. Elles sont en outre peu accessibles au traitement. La gonococcie n'est en cause que dans un cinquième des cas; il s'agit le plus souvent de germes d'origine intestinale: colibacilles, streptocoques, anaérobies. L'infection à *Chlamydia* est un problème plus récent et la recherche par culture est difficile.

L'infection se déclenche après une contamination sexuelle ou après une médication vaginale lors d'une menstruation, d'un avortement ou dans le post-partum. On ne voit pas assez souvent l'infection à son début alors que les chances de guérison sont encore complètes. Le plus souvent la turgescence douloureuse d'une ou des deux annexes et les signes plus ou moins marqués de pelvi-péritonite commandent l'hospitalisation pour traitement médical. Il est important de poser le diagnostic et d'éviter une laparotomie intempestive.

Au début de l'ère des antibiotiques, la pénicilline était assez décevante. On lui adjoignit plus tard la streptomycine avec des résultats meilleurs. Ultérieurement, on a pu disposer d'une gamme plus large d'antibiotiques. L'infection évolue vers la formation d'une collection purulente annexielle souvent prolabée dans le Douglas ou qui s'y collectent; en ce cas, elle est à drainer par colpotomie ou alors elle tend à la chronicité, avec annexes adhérentes, hydrosalpinx parfois volumineux et des adhérences pelviennes multiples. Quelquefois, tout semble rentrer dans l'ordre, l'annexe reprend plus ou moins sa mobilité mais l'épreuve de perméabilité tubaire montre une obstruction, une sténose ou une rigidité: ce sont des facteurs de stérilité ou de grossesse extra-utérine. Dans ces cas, la laparoscopie, faite éventuellement par culdoscopie, qui permet une vision annexielle plus précise, permet de constater les lésions et de juger des possibilités opératoires pour récupérer les fonctions atteintes.

La plupart des cas chroniques ne permettent pas la chirurgie restauratrice, alors que les patientes se présentent dans l'espoir de retrouver leur fécondité; elles seront déçues par une hystérectomie. La chirurgie doit être la plus conservatrice possible: il vaut mieux garder un utérus, même si on doit sacrifier les ovaires partiellement ou entièrement. Le cycle menstruel sera maintenu par un traitement hormonal.

4. Stérilité.

Certaines régions étaient affectées par la dénatalité, notamment celle de l'ethnie Mongo et celle des Azande. Cependant, pour l'ensemble du Congo, on notait une moyenne de 3 ou 4 enfants par femme. La limitation naturelle des naissances résultait de l'interdiction coutu-

mière de rapports sexuels jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans. La lactation prolongée jouait également un rôle en tant qu'inhibitrice de l'ovulation. Il n'était pas question de moyens anticonceptionnels ni d'avortements provoqués, ce qui n'est pas le cas partout en Afrique centrale.

La fécondité représente une richesse. Le mariage ne commençait vraiment qu'au premier enfant; malheur à la femme stérile, vite répudiée, ainsi qu'aux parents devant rembourser la dot. Il n'est pas étonnant que ce soit ce problème qui amène les femmes en grand nombre aux consultations et ce, dès 1946.

En 1949, Lambillon et Drumel ont étudié 978 cas de stérilité dont deux tiers sont des stérilités primaires. L'étude comprend un examen clinique approfondi de tous les cas, l'exploration tubaire par insufflation de 399 cas et l'exploration hormonale par température basale et biopsie d'endomètre dans 123 cas; peu de tests post-coïtaux (Hünher) ont été obtenus. Quelques explorations ont été faites par biopsie testiculaire (26 cas) ou par examen du sperme (96 cas).

Comme il fallait s'y attendre l'oblitération ou l'altération tubaire domine largement; elle est une des causes essentielles de stérilité: 32 % à l'examen clinique et 35 % de plus à l'insufflation, ce qui représente une incidence d'au moins 67 %, l'oblitération unilatérale n'ayant pas été retenue.

La biopsie d'endomètre pour explorer la fonction hormonale a montré des anomalies pouvant être considérées comme causales dans 39 % des cas: 5 % d'anovulations, 7,5 % d'hypoplasies, 15,5 % d'hyperplasies et 11 % de cas d'insuffisance lutéinique.

L'examen de sperme sur 96 cas a montré 7 % d'azoospermie et 11 % d'asthénio-oligospermie. Sur 21 biopsies testiculaires, 3 étaient tout à fait anormales. La responsabilité masculine dans la stérilité n'est donc pas à négliger. Les conditions du moment n'ont pas permis d'explorer la glaire cervicale, quoiqu'elle constitue une étape importante de mise au point.

Peu d'hystérographies ont été faites, en partie faute d'opacifiant adéquat mais aussi parce que cet examen présente des inconvénients non négligeables. Par contre, l'insufflation au CO₂ a permis de vérifier la fonction tubaire et la laparoscopie a fourni des indications opératoires.

Le traitement de la stérilité doit être surtout préventif. Il comprend la recherche et le traitement correct et précoce des infections génitales, de même que la correction des anomalies hormonales, grâce aux moyens actuels anti-infectieux ou hormonaux.

Les traitements médicaux appliqués à cette série de 978 cas ont été suivis assez rapidement de 21 grossesses et de 18 l'année suivante. La reperméabilisation tubaire a été obtenue dans 10 % des cas contrôlés et améliorée dans 25 % des cas.

Les indications chirurgicales sont fonction de l'hystéro-salpingographie préalable et de la laparoscopie. Les

meilleurs cas sont ceux qui présentent des processus adhérentiels mais dans lesquels la fonction tubaire est conservée. Les réimplantations des trompes donnent des résultats relativement satisfaisants; la réfection du pavillon en donne beaucoup moins. Les techniques microchirurgicales actuelles ont certainement amélioré les résultats. L'insufflation thérapeutique et l'hydrotubation d'antibiotiques n'ont pas donné de résultats convaincants et ne sont pas sans danger (rupture tubaire).

L'avortement habituel a fait l'objet de quelques recherches. Une rétroversion était présente dans la moitié des cas; les autres étaient des myomes, des lésions cervicales et des carences hormonales. Le traitement de la rétroversion par pessaire en début de grossesse a paru utile.

Il est bien certain que les anomalies ovulaires sont assez souvent en cause. L'analyse des restes placentaires a montré dans une certaine proportion l'existence de moles hydatiformes. Quelques myomectomies réalisées pendant le premier trimestre d'une grossesse ont donné de bons résultats de même qu'un traitement hormonal (pregnyl-progestérone) quand il était bien indiqué. Le cerclage du col est une technique utile.

5. Les tumeurs et néoplasies cancéreuses

La fréquence et le type de tumeurs malignes sont très variables suivant les populations; ils dépendent du caractère génétique et des facteurs cancérogènes du milieu. Si on a constaté occasionnellement des néoplasmes du sein, du col et de l'endomètre, les néoplasies étaient rares. Les tumeurs de l'ovaire les plus fréquentes étaient les kystes dermoïdes. Un seul cas de chorio-épithéliome a été découvert.

L'étude de Thys basée sur 2 536 examens anatomopathologiques pratiqués à Stanleyville, dont la moitié provenait de régions autres que la Province orientale, fait état de 404 néoplasmes gynécologiques (16 %) dont 4 % du sein, 6 % du col, 0,5 % du corps, 1,3 % de la vulve et du vagin, 3 % des ovaires, 0,4 % de chorio-épithéliomas. La comparaison avec des statistiques européennes (danoises) montre un taux égal pour l'ensemble sein et utérus, mais une fréquence du cancer de l'utérus une fois et demi plus élevée que celle du cancer du sein. On note aussi une fréquence plus élevée des cancers vulvaires et ovariens et des chorio-épithéliomes.

6. Conclusions

La pathologie gynécologique, telle qu'elle était connue avant 1960, a révélé des manifestations spectaculaires: d'énormes fibromes, des adhérences pelviennes épouvantables, des fistules vésico-vaginales géantes. Avec l'évolution sociale et la confiance croissante dans les résultats thérapeutiques, le nombre des patientes s'est accru considérablement et une pathologie plus classique a été découverte. Après la guerre 1940-45, on a créé progressivement des services spécialisés; cela a permis des observations plus élaborées grâce à des techniques nouvelles en matière de diagnostic et de traitement. Certes, la majorité de la population, surtout rurale, ne pouvait en bénéficier. Cette situation évolue lentement. La tâche du médecin isolé et polyvalent est difficile. Il serait sans doute très utile qu'il soit préparé aux problèmes gynécologiques les plus fréquents et les plus urgents. Un personnel auxiliaire formé à certaines techniques faciliterait beaucoup son travail.

G. Drumel

BIBLIOGRAPHIE

- ALLARD R. (1955), Contribution gynécologique à l'étude de la stérilité chez les Mongo de Befale, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 35, pp. 631-648.
- BAKER D.H. (1944), Etude concernant la situation sanitaire et démographique de quelques villages du district de la Tshuapa, Pathologie, dénatalité, — *Rec. Trav. Sci. Méd. C.B.*, 2, pp. 141-150.
- BAKER D.H. (1950), Etude sur la dénatalité comparée dans le territoire Ikela, — *Bull. CEPSI*, 13, pp. 34-65.
- BARTHELEMI V. (1923), L'âge de la puberté chez les jeunes filles nègres, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 3, pp. 263-272.
- BELSEY M.A. (1976), The epidemiology of infertility, a review with particular reference to Sub-Saharan Africa, — *Bull. WHO*, 54, pp. 519-541.
- BOURÉE P., LEMETORY M.F. (1950), *Maladies tropicales et grossesse*, Pradel, Paris, 228 p.
- BRODEN A. (1921), *Congrès colonial national*, 18-20 décembre 1920.
- CARAEI M. (1981), Child-spacing, ecology and nutrition in the Kivu province of Zaire, in: PAGE H. & LESTHAEGHE R. (Eds.), *Child-spacing in Tropical Africa*, Academic Press, Londres, pp. 275-286.
- CATES W., FARLEY T.M.M. & ROWE P.J. (1955), Worldwide pattern of infertility, is Africa different?, — *Lancet*, ii, pp. 596-598.
- CRBI (Canada, 1977), *Hypofécondité et infécondité en Afrique*, Rapport Séminaire International, Nigeria 1973.
- DAVEY W. (1968), Breast, in: DAVEY W. (Ed.), *Companion to surgery in Africa*, Livingstone, Edimbourg, pp. 165-173.
- DE BECKER R. (1955), Quelques cas d'autogreffé ovarienne chez la femme noire, — *Bru. Méd.*, 4, pp. 182-185.
- DE CLERCQ A. (1979), Différents modes de contraception (1^o partie), — *Rev. Méd. Rwand.*, 34, pp. 10-13.
- DE CLERCQ A. (1986), Problèmes en obstétrique et gynécologie, in: MEHEUS A., BUTERA S., EYLENBOSCH W., GATERA G., KIVITS M. & MUSAFILI I., *Santé et maladie au Rwanda*, AGCD, Bruxelles, pp. 627-656.

- DELICOURT C., MBARUTSO E., ULENS M. & NTABOMVURA V. (1973), La béance du col utérin et son traitement au Rwanda, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 53, pp. 25-29.
- DELICOURT C. (1975), Aspects et âge de la puberté féminine au Rwanda, — *Rev. Méd. Rwand.*, 30, pp. 7-16.
- DE MUYLDER X. (1986), Clinical diagnosis of pelvic inflammatory disease in a developing country, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, pp. 339-342.
- DE MUYLDER X. (1989), Pathologie gynécologique et obstétricale dans un pays en voie de développement, — *Louvain Méd.*, 108, pp. 69-77.
- DE SAEDELEER G. (1969), Le pH vaginal chez les femmes noires à Lubumbashi, — *Public. de l'Univ. Offic. du Congo à Lubumbashi*, 19, pp. 313-321.
- DRUMEL G. (1950), Introduction à l'étude du cycle menstruel de la femme congolaise dans sa physiologie et la pathologie fonctionnelle, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 30, pp. 161-180.
- DUBOCCAGE A. (1929), La natalité chez les Bakongo dans ses rapports avec la gynécologie, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 9, pp. 265-274.
- DUBOCCAGE A. (1934), Notes cliniques du service de gynécologie de la Fomulac à Kisantu, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 14, pp. 421-433.
- GUILLOT P. (1930), Quelques cas gynécologiques et actes opératoires qu'ils ont provoqués chez les noirs du Congo, — *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 23, pp. 205-209.
- GUNATILAKE D. (1985), Obstetrics and gynaecology in the tropics, in: MACDONALD R.R., *Scientific basis of Obstetrics and Gynaecology*, 3e éd., Churchill-Livingstone, Edimbourg, pp. 117-146.
- HEMERIJCKX F. (1948), Enquête sur les causes médicales et sociales de la dénatalité, — *Zaire*, 2, pp. 471-523.
- HOLEMANS K. & MARTIN H. (1955), Glycémie et tolérance au glucose chez les indigènes du Kwango, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 35, pp. 35-38.
- HUTT M. (1975), Cancer, in: HALL S.A. & LANGLANDS B. (Eds.), *Uganda Atlas of Disease Distribution*, East African Publishing House, Nairobi, pp. 73-77.
- KAMAR R. (1968), Centre médico-chirurgical. Service Maternité. Rapport annuel année 1967. Du 1er janvier 1967 au 31 décembre 1967, — *Rev. Méd. Rwand.*, 1, pp. 16-20.
- LAMBILLON J. (1948), Aperçu de la pathologie gynécologique en pratique indigène à Léopoldville, — *Brux. Méd.*, 27, pp. 2175-2186.
- LAMBILLON J. (1948), Aperçu de la pathologie gynécologique en pratique indigène à Léopoldville, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 28, pp. 221-238.
- LAMBILLON J. & DRUMEL G. (1950), Contribution à l'étude de la stérilité en milieu indigène à Léopoldville, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 30, pp. 503-511.
- LAMBILLON J. & DRUMEL G. (1952), Contribution à l'étude de la stérilité en milieu indigène à Léopoldville, — *Brux. Méd.*, pp. 2282-2296.
- LEDENT H. (1944), La dépopulation chez les Nkundo, — *Rec. Trav. Sci. Méd. C.B.*, 2, pp. 130-140.
- LEDENT H. (1945), Monogamic, polygamie et natalité chez les Nkundo, — *Rec. Trav. Sc. Méd. C.B.*, 4, pp. 37-44.
- MASTERS W.E. (1916), The prevention of conception amongst the natives of the Kasai Basin, Central Africa, — *J. Trop. Med. Hyg.*, 19, 8, pp. 90-91.
- M'BON J.B. (1986), Aspects épidémiologiques du cancer du col utérin au Congo, — *Afr. méd.*, 25, pp. 501-504.
- MEHEUS A. & PIOT P. (1983), Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles dans les pays en voie de développement, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 63, pp. 281-311.
- PIETERS G. (1972), Gynécologie au pays des femmes cousues, — *Acta Chir. Belg.*, 71, pp. 173-193.
- PIETERS G. & GELDHOF F. (1959), Enquête médico-démographique succincte, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 39, pp. 893-903.
- PIETERS G. & LOWENFELS A.B. (1977), Infibulation in the horn of Africa, — *N.Y. St. J. Med.* 77, pp. 729-731.
- PIOT P. & MEHEUS A. (1983), Epidémiologie des maladies sexuellement transmissibles dans les pays en voie de développement, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 63, pp. 87-110.
- MPALATA K. & BAGALWA N.C. (1984), Perforations utérines. Complication des avortements clandestins. A propos de 32 cas, — *Afr. Méd.*, 23, pp. 89-91.
- RASHID R., MUGENI I., SHANGO L. & OMANGA U. (1984), Age moyen du ménarche de la fille Zaïroise, à Kinshasa, Zaïre, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 64, pp. 69-74.
- ROMANYUK A. (1967), *La fécondité des populations congolaises*, Mouton, Paris-La Haye, 348 p.
- SALA-DIAKANDA M., NGONDO A PITSHANDANGE, TABUTIN D. & VILQUIN E. (1981), Fertility and child-spacing in western Zaïre in: PAGE H. & LESTHAEGHE R. (Eds.), *Child-spacing in Tropical Africa*, Academic Press, Londres, pp. 287-299.
- SCHWERS G.A. (1945), Les facteurs de la dénatalité au Congo Belge, — *Rec. Trav. Sc. Méd. C.B.*, 3, pp. 43-55.
- SORANOS (1988), *Maladies des femmes*, Livre 1, éd. P. Burguière, D. Gourevitch, Y. Melinas, Les Belles Lettres, Paris.
- STEWART D. (1967), Donovanosis and lymphogranuloma venereum, in: LAWSON J. & STEWART D. (Eds.), *Obstetrics and Gynaecology in the Tropics and Developing Countries*, Edward Arnold, Londres, pp. 432-450.
- TRUSSELL R. (1975), Carcinoma of the cervix, in: LAWSON J. & LANGLANDS B. (Eds.), *Uganda Atlas of Disease Distribution*, East African Publishing House, Nairobi, p. 85.
- VAN DER ELST (1946), Six mois de gynécologie à l'hôpital des noirs de Léopoldville, — *Brux. Méd.*, 28, pp. 1312-1313.

- VAN BALEN H. (1992), Soins de santé primaire: Espace-ment des naissances et priorités, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 72, pp. 93-102.
- VAN BALEN H. & NTABOMVURA V. (1975), Méthodes d'espacement des naissances authentiques pour l'Afrique: l'allaitement maternel et l'abstinence post-partum, — *Afr. Méd.*, 14, pp. 41-45.
- VANDERICK F. (1974), Emploi de la médroxyprogesté-ronne comme moyen anticonceptionnel de longue durée, — *Rev. Méd. Rwand.*, 25, pp. 9-12.
- VAN LAETHEM R. (1958), Deux cas rares de malformation des organes génitaux féminins, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 38, pp. 1017-1020.
- VAN RICH J. & ALLARD R. (1954), Contribution à l'étude de la dénatalité dans l'ethnie Mongo, — *IRCB, Sc. naturelles et médicales*, Mém. 23, 8e série, 92 p.
- VELGHE A. (1956), La stérilité en Afrique Centrale, Congrès mondial de la stérilité, Naples.
- VELGHE A. (1954), Résumé de l'étude de la situation démographique des populations en territoires de Kibombo et de Kasongo, Rapport FOBEI, Bruxelles.
- WANJALA S., MURUGU N. & MATI J. (1985), Mortality due to abortion at Kenyatta National Hospital 1974-1983, in: Ciba Foundation Symposium 115, *Abortion: Medical progress and Social Implications*, Pitman, Londres, pp. 41-48.
- YANGA K., MBIYE K., LUSANGA N. & MBANZULU P.N. (1980), A propos de l'imperforation de l'hymen — 4 cas dont deux récidives après incision de la membrane hyménale, — *Afr. Méd.*, 19, pp. 643-646.
- YANGA K. & MBANZULU P.N. (1982), Les perforations de la face postérieure du col utérin: complication insolite de l'avortement provoqué criminel. Etude préliminaire à propos de 28 observations, — *Afr. Méd.*, 21, pp. 33-38.

Examens B

- ALLARD R. (1957), *Essai d'évaluation des facteurs de stérilité chez les Mongo de Befale avec références spéciales à la gonorrhée, à la trichomoniose et aux influences psychosomatiques*, 78 p.
- BREYNE D. (1957), *Quelques considérations sur les consultations gynécologiques en milieu rural indigène*.
- DUCHESNE L.E. (1957), *L'opération de Cotte dans les séquelles douloureuses des annexites et paramétrites chroniques*, 12 p.
- MAGIS P. (1957), *Consultations de stérilité à l'hôpital de Boende*, 24 p.
- SCHURMANS P. (1958), *Contribution à l'étude de la stérilité féminine au Mayumbe*, 28 p.
- SNAUWERT R. (1955), *Het probleem van het onvruchtbaar huwelijk bij de kongolese inlander*, 19 p.
- VALCKE P. (1959), *Les fistules vésico-vaginales en pratique rurale*, 45 p.
- VANDE VOORDE R.R. (1957), *Essai de chirurgie plastique dans deux cas d'éléphantiasis du sein*, 7 p.
- VANDE VOORDE R.R. (1957), *Un cas particulier de kyste tordu de l'ovaire*, 3 p.
- VERHEYE H.M. (1956), *Contribution à l'étude de la gynécologie et de l'obstétrique chez la congolaise avec mention spéciale sur le pH vaginal et l'inclinaison du bassin*, 78 p.

Mémoires de spécialisation à l'Université de Kinshasa

- BOLEMBIA L. (1982), *Etude des troubles fonctionnels du cycle menstruel et leur régularisation par des épreuves thérapeutiques systématisées*, Kinshasa.
- MATAMBA N. (1982), *Comparaison de l'hystérosalpingographie et de la coelioscopie au cours du bilan de stérilité d'origine tubaire*, Kinshasa.
- MUBERUKA M. (1979), *Dégénérescence fibromyomateuse de l'Utérus chez la Zaïroise*, Kinshasa.
- MUGENI I. (1982), *Age de la ménarche. Etude préliminaire à Kinshasa*.
- MUKELANGE N.N. (1981), *Hystérectomies aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (à propos de 324 cas)*.
- MUNDYO M. (1984), *Devenir gynécologique et obstétrical après myomectomie*, Kinshasa.
- NSUNGULA K. (1980), *Exploration de la stérilité conjugale aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (à propos de 32 couples)*.
- TSHIAMU B. (1983), *Etude de l'aménorrhée de lactation aux Cliniques Universitaires de Kinshasa*.
- YONDO N.E. (1976), *Hystérectomie interannexielle*, Kinshasa.

Bibliographie annotée

- DRUMEL G. (1950), Introduction à l'étude du cycle menstruel de la femme congolaise dans sa physiologie et la pathologie fonctionnelle, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 30, pp. 161-180.

L'étude physiologique se base sur 17 cas et 26 cycles complets. L'étude de la pathologie fonctionnelle est basée sur 146 cas diagnostiqués par une ou plusieurs biopsies d'endomètre et accessoirement par courbe de température basale. L'auteur conclut que les syndromes hormonaux de la femme congolaise ne diffèrent de ceux de la femme blanche que par le caractère plus discret des hypoplasies, la fréquence des déficiences du myomètre avec endomètre normal et le nombre d'hyperplasies de l'endomètre.

- LAMBILLON J. (1948), Aperçu de la pathologie gynécologique en pratique indigène à Léopoldville, — *Brux. Méd.*, 27, pp. 2175-2186 et *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 28, pp. 221-238.

Après avoir souligné quelques particularités anatomiques chez la femme zairoise, l'auteur passe en revue la pathologie gynécologique (affections inflammatoires, affections tumorales,

TROISIÈME PARTIE: AFFECTIONS COSMOPOLITES EN RÉGIONS TROPICALES

vices de position, troubles endocriniens) et sur la thérapeutique; il présente en annexe un tableau statistique des interventions gynécologiques pratiquées en 1947.

LAMBILLON J. & DRUMEL G. (1952), Contribution à l'étude de la stérilité en milieu indigène à Léopoldville, — *Brux. Méd.*, pp. 2282-2296.

Les auteurs tentent de fixer l'importance du facteur stérilité à propos de 978 cas. Ils mettent en cause une altération de la perméabilité tubaire et des désordres endocriniens observés chez la femme congolaise.