On enlève les parties qui sont le siège d'une hypertrophie folliculaire à l'aide de l'écraseur linéaire ou de l'anse galvano-caustique ; ou bien on les excise avec les ciseaux et le bistouri et on arrête par la suture l'hémorragie qui est parfois considérable.

3. — TUBERCULOSE DE L'UTÉRUS

Hegar, Genital tuberculose d. Weiber. 1886. — *Hünermann*. A. f. G. Bd. 43. — *Feis*, Sammelbericht. A. f. G. Bd. 5. — *v. Erangué*, Sitz. — B., etc. Würzburg, 1894; u. Z. F. G. Bd. 37. — *Menge*, Bakter. d. W. Genitalkanals. — *Emanuel*, Z. f. G. u. G. Bd. 23. — *Cullen*, Hopkin's H. Rep. Bd. IV.

Aux troubles nutritifs inflammatoires, d'origine parasitaire, de l'utérus, appartient aussi la tuberculose de cet organe. La tuberculose primaire de la muqueuse utérine est d'une extrême rareté ; la tuberculose secondaire en est rare aussi, eu égard à la fréquence de la tuberculose du péritoine et des trompes. Mais *Cullen* fait observer avec raison que si, dans ces deux dernières affections, on examinait attentivement l'utérus, on trouverait peut-être plus souvent l'endométrium envahi par la tuberculose.

Au point de vue de l'*étiologie*, il est bon de savoir que le coït peut vraisemblablement provoquer une infection tuberculeuse directe ; toutefois, dans la plupart des cas, l'infection vient d'en haut : elle est consécutive à la tuberculose des trompes et du péritoine.

La tuberculose de l'utérus se présente sous deux *formes :* la forme miliaire et la forme diffuse. Dans la première, on trouve d'abord, sous l'épithélium encore intact, de petits tubercules qui peu à peu augmentent de volume, se confondent et aboutissent à des pertes de substance.

Dans la forme diffuse, il existe dès le début une infiltration superficielle, bientôt suivie de destruction de la muqueuse. Dans les tubercules, on trouve de nombreuses cellules épithéliales et des cellules géantes. L'orifice interne constitue d'ordinaire une barrière infranchissable à l'extension du mal, et il est fort rare qu'on trouve des tubercules dans la muqueuse cervicale. A une époque plus avancée de la maladie, la muqueuse utérine présente des ulcérations, et la cavité de la matrice est remplie d'un pus blanchâtre, caillebotté qui s'épaissit pour devenir une pâte caséeuse.

Zweifel a publié un cas instructif de lupus de la matrice, où toutes les méthodes de traitement, y compris l'hystérectomie, demeurèrent impuissantes à arrêter la destruction lente des tissus.

Dans l'observation de *v. Franqué*, il y avait simultanément tuberculose de la muqueuse utérine et cancroïde du col : elle est remarquable, car on aurait, même à l'examen microscopique, pu prendre la tuberculose de l'utérus pour une métastase cancéreuse.

Kauffmann relate une observation d'une haute rareté : il s'agissait d'une tuberculose primitive du col qui fut d'abord, à l'œil nu, confondue avec un cancroïde.

Les *symptômes* de la tuberculose de la muqueuse utérine sont insignifiants au début (troubles de la menstruation, leucorrhée) ; et la maladie passe inaperçue à moins que l'éveil ne soit donné par la tuberculose concomittante d'autres organes. A une époque plus avancée (observations d'*Emanuel* et de *Meyer*) les altérations sont assez marquées pour attirer l'attention.

Le diagnostic différentiel de la tuberculose et des affections inflammatoires ou malignes de l'utérus n'est possible que par un examen microscopique attentif des tissus enlevés par la curette : la structure du tubercule, la présence des cellules géantes et parfois de bacilles sont caractéristiques de la tuberculose.

Le *traitement* est presque toujours impuissant, soit à cause de la tuberculose concomittante d'autres organes, soit parce que l'affection, au moment où elle est reconnue, est trop avancée pour être accessible à l'exérèse même la plus étendue.

Quand on fait l'extirpation des trompes envahies par la tuberculose, il est à conseiller de pratiquer en même temps l'hystérectomie, eu égard à la possibilité de l'extension du mal à l'utérus.

C. — CHANGEMENTS DE SITUATION ET DE FORME DE L'UTÉRUS

I. — ANTÉVERSION, ANTÉFLEXION, RÉTROVERSION, RÉTROFLEXION

Il est étonnant que les déplacements si fréquents de l'utérus en avant et en arrière aient attiré si tardivement l'attention des hommes de l'art. On ne saurait expliquer ce fait que par le manque de soin que l'on apportait généralement à l'exploration gynécologique. Les accidents graves produits par la rétrodéviation de l'utérus gravide fixèrent tout d'abord l'attention. Chez la femme non enceinte on ne connaissait jusqu'au commencement de ce siècle que quelques cas isolés de déplacement. Quelques uns avaient été constatés par hasard sur le cadavre ; les autres s'étaient révélés par des symptômes qui étaient sans aucun doute survenus à la suite de complications. *Schweighauser*, le premier, acquit une grande expérience des déviations utérines et démontra avec certitude que la rétroversion était moins fréquente (5 cas) chez la femme enceinte que chez celle qui ne l'est pas (39 cas). *J. W. Schmitt* se rangea à son avis et décrivit en même temps quelques cas d'antéversion, qu'il considérait comme de véritables raretés pathologiques.

Quant aux flexions, on les considérait comme plus rares et plus extraordinaires encore, quoique les observations nécroptiques de *Saxtorph* et de *P. Franck* les eussent eues spécialement pour objet.

Ce ne fut qu'après les travaux de *Simpson* et de *Kiwisch*, qui se servirent du

cathéter utérin, que la fréquence des déviations utérines en avant et en arrière fut généralement reconnue.

On ne saurait se faire une idée juste des déplacements de l'utérus et de leur mode de production, si l'on n'était fixé auparavant sur la position normale de l'organe et sur les déplacements physiologiques qu'il peut subir.

L'honneur d'avoir frayé la route à ces idées réformatrices revient sans nul doute à *B. Schultze*, qui a travaillé infatigablement à prouver qu'à l'état de santé le corps de l'utérus est penché en avant.

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Avant d'étudier les déplacements anormaux de l'utérus, il convient de chercher à résoudre la question suivante : quelle est la position normale de l'utérus?

Le problème à résoudre n'est pas si simple qu'il pourraît le paraître : le moyen le plus sûr que nous possédions de constater les faits d'ordre anatomique, l'examen sur le cadavre, ne nous est pas d'un grand secours, car, après la cessation de la vie, l'arrêt de la circulation d'une part, qui entraîne le relâchement de l'utérus et de ses annexes, et d'autre part les changements survenus dans la pression intra-abdominale doivent modifier fréquemment la position de l'utérus. En effet, l'utérus devenu plus pesant descend et retombe en arrière lorsque le cadavre est sur le dos, tandis que les intestins gonflés de gaz se portent vers le haut. Les recherches sur les cadavres même fraîchement congelés ne fournissent donc pas les éléments nécessaires à établir la vraie position de l'utérus. Nous sommes donc obligés de recourir à l'examen de la femme vivante.

A part les cas très rares dans lesquels on peut, au cours d'une laparotomie, voir les organes génitaux à l'état sain, il ne nous reste que le sens du toucher pour arriver à déterminer sur le vivant la position normale de l'utérus.

L'exploration bimanuelle, faite dans des circonstances favorables et de façon à écarter toutes les causes d'erreur, donne, lorsqu'on ne s'attache pas à une précision extrême et absolue (1), des résultats suffisamment positifs au sujet de la position de l'utérus dans le bassin.

L'exploration bimanuelle nous révèle que l'utérus normal est fortement penché en avant lorsque la vessie ne contient pas d'urine et que le rectum est vide, ou modérément rempli. Le fond de la matrice se trouve alors derrière la partie supérieure de la symphyse. Cet examen nous apprend de plus que la matrice est sujette à des déplacements physiologiques considérables.

(1) B. Schultze (*Centralblatt f. Gyn.*, 1878) a proposé une méthode expérimentale pour déterminer le plus exactement possible la position de l'utérus sur le vivant ; voir aussi Küstner, *Arch. f. Gyn.*, XV, p. 37.

La situation de l'utérus est influencée par la pression intra-abdominale. Les oscillations normales dues aux mouvements respiratoires, si nettes qu'elles soient, ont peu d'étendue; mais lorsque la pression abdominale augmente notablement, l'utérus est constamment refoulé en bas pour remonter de nouveau, lorsque l'excès de pression disparaît. Lorsque cette pression devient négative, l'utérus peut même remonter très avant dans la cavité abdominale, tandis que l'air s'engouffre dans le vagin.

Le degré de réplétion de la vessie en premier lieu et du rectum en seconde ligne, exerce une influence bien plus considérable sur la position de la matrice.

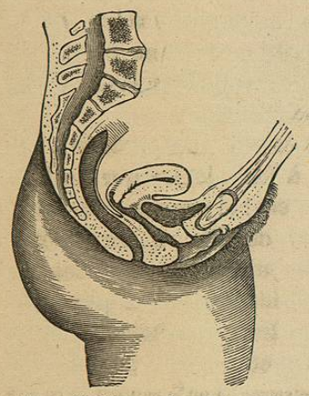

Fig 90. — Position et forme normales de l'utérus.

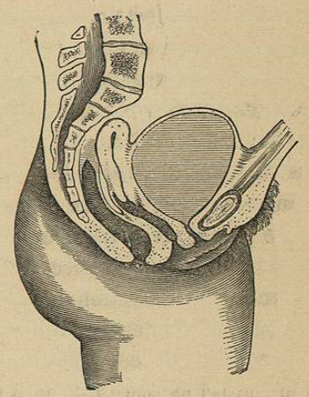

Fig. 91. — Position de l'utérus, la vessie étant fortement distendue par l'urine.

Le nombre d'anses intestinales occupant la cavité du cul-de-sac de Douglas varie d'après le degré de réplétion du gros intestin et de la vessie. En effet, les anses de l'intestin constituent véritablement le remplissage de l'excavation pelvienne, de telle sorte que lorsque le rectum et la vessie sont vides, une plus grande partie du tube intestinal occupe le petit bassin. Au contraire, à mesure que le gros intestin et la vessie se remplissent, l'intestin grêle sort de l'excavation pour remonter dans la cavité abdominale.

Lorsque la vessie se remplit, la matrice se redresse lentement et elle est repoussée quelque peu en arrière, de telle sorte que le réservoir urinaire se trouve immédiatement derrière la symphyse, séparant celle-ci de la matrice. Plus l'utérus est reporté en arrière, plus il fait sortir d'anses intestinales hors du cul-de-sac de Douglas. Lorsque la vessie est fortement distendue (voir fig. 91), la paroi postérieure de

l'utérus s'adosse à la paroi antérieure du rectum et le cul-de-sac de Douglas ne contient plus d'intestin.

Lorsque la vessie se vide, l'utérus revient de nouveau en avant et en bas. Il peut arriver de temps en temps que l'utérus ne revienne pas à l'instant même à sa position primitive, de manière à permettre aux anses intestinales de s'abaisser sur la vessie dégonflée, mais alors les ligaments recto-utérins qui fixent le col au sacrum, entrent en jeu, ainsi que les ligaments ronds qui attirent le fond de l'utérus en avant.

Dans les conditions normales, la matrice, grâce à ce mécanisme, reprend bientôt sa position primitive.

Les différents degrés de réplétion du rectum ont beaucoup moins d'influence sur la position normale de l'utérus. Il est certain pourtant que lorsqu'il est fortement distendu, il refoule un peu le col en avant. Lorsque la paroi antérieure du rectum bombe en avant, elle ne fait que chasser les anses intestinales du cul-de-sac de Douglas. Le corps de l'utérus conserve sensiblement la même position.

A l'état normal donc, le col de l'utérus est tourné vers le sacrum, tandis que le fond regarde la symphyse. Il faut ajouter que les liens qui unissent l'utérus aux organes voisins sont si souples que d'une manière passagère le col peut se porter considérablement en avant et le fond très loin en arrière. L'utérus subit ainsi régulièrement des changements de situation que l'on peut considérer comme physiologiques, aussi longtemps qu'ils ont le caractère transitoire, et qu'ils sont produits par certaines causes déterminées, dont la cessation entraîne le retour de l'utérus à son état normal. Les changements de position pathologiques, au contraire, se caractérisent en ce que, ou bien l'utérus conserve sa position anormale d'une manière permanente, ou bien que cet organe a pris une forme vicieuse. A l'état normal l'utérus est légèrement courbé sur sa face antérieure; le corps et le col sont inclinés l'un sur l'autre à angle très obtus. Cette forme est sensiblement constante et l'angle dont nous parlons ne varie en plus ou en moins que dans des limites fort étroites.

L'utérus étant penché en avant, sa forme peut devenir vicieuse, lorsque l'angle que font entre eux le col et le corps devient si obtus que leurs axes se confondent à peu près. C'est ce qu'on appelle *l'antéversion* (v. fig. 92). Le défaut contraire peut se produire aussi : l'angle devient anormalement aigu. On aura alors affaire à une *antéflexion* (v. fig. 94).

Remarquons d'abord, à propos des changements de position de l'utérus vers le sacrum, que la déviation permanente de la matrice en arrière constitue toujours un état pathologique.

L'utérus peut alors conserver sa forme normale, mais le cas est rare, du moins lorsque le changement de position s'est maintenu depuis quelque temps. L'utérus en antéflexion légère se trouve alors en même temps à l'état de rétroversion. En règle générale, cependant, l'angle de flexion s'ouvre tout à fait, de façon que l'utérus, dont l'axe est devenu une ligne droite ou même dont la face postérieure a pris une forme modérément concave, se trouve entièrement couché en arrière c'est-à-dire en *rétroversion* (v. fig. 96). Lorsque l'utérus perd sa forme primitive au point de se fléchir sur sa face postérieure, lorsque le corps et le col forment entre eux un angle obtus ou même aigu, ouvert en bas et en arrière, on a affaire à une *rétroflexion* (v. fig. 97).

Il existe en outre des déviations telles que l'utérus est refoulé en avant ou en arrière, sans que les rapports du corps avec le col de l'organe soient modifiés. Ces *anté-* et ces *rétro-positions*, peu importantes par elles mêmes, sont produites d'ordinaire par des processus pathologiques dans le petit bassin.

Nous étudierons en détail chacun de ces changements de position et de forme de la matrice.

ANTÉVERSION

L'utérus en antéversion a subi des altérations de forme telles que la courbure de sa face antérieure a presque disparu et que le grand axe du col se prolonge sensiblement en ligne droite avec celui du corps de la matrice (v. fig. 92). Mais il faut pour cela que la matrice et plus particulièrement l'isthme de l'utérus, soit anormalement gonflé, épaissi et durci. Le corps de l'utérus occupe à peu près la même position qu'à l'état normal, seulement il pèse un peu plus fortement sur la vessie qu'à l'ordinaire; le col se dévie de sa position habituelle, de façon que l'orifice du museau de tanche regarde directement en arrière vers le sacrum. Si en même temps, comme il arrive généralement, les tissus qui unissent la matrice aux organes voisins, ainsi que ses ligaments larges sont relâchés, l'utérus durci subit fort souvent des changements notables de position. Lorsque la vessie est vide et que la pression abdominale est augmentée, le corps de

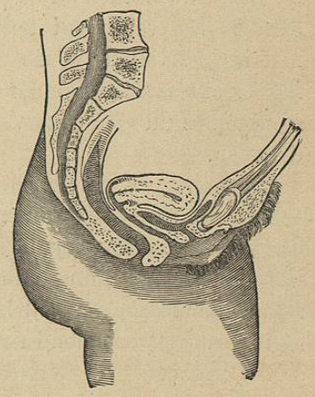

Fig. 92. — Utérus en antéversion.

l'utérus est refoulé vers le bas et on peut le sentir immédiatement en avant de la paroi antérieure du vagin, dans une grande étendue de ce canal. L'orifice externe du col est dirigé alors en arrière et en haut, regardant directement le promontoire. Quand la vessie se remplit, l'utérus en antéversion se comporte d'une manière variable. En général, il se redresse de façon à se trouver à peu près droit dans l'axe du bassin, mais il peut aussi conserver sa position anormale, malgré la réplétion du réservoir urinaire, lorsqu'il y est maintenu par des adhérences ou bien que le tissu conjonctif cervico-vésical s'est relâché au point de permettre à la vessie de remonter entre le fond de l'utérus et la symphyse.

Ainsi que l'*étiologie* vient de nous l'apprendre, l'utérus est un peu agrandi, il est plus épais et gorgé de sang, d'où lui vient son manque de souplesse; d'autres fois on trouve au sein du parenchyme utérin, d'anciennes nodosités de tissu conjonctif et dès lors sa forme ne saurait plus changer.

Symptômes. — Les symptômes de l'antéversion utérine sont ordinairement dus à des circonstances concomitantes. L'antéversion ne survenant guère que lorsque l'organe est devenu dur à la suite de phénomènes inflammatoires, on se trouvera en présence de manifestations plus ou moins intenses de métrite chronique. Lorsque la matrice n'est plus maintenue par ses ligaments relâchés, elle change de position non seulement d'après le degré de réplétion de la vessie, mais d'après les différentes attitudes du corps. Cette sensation d'un corps qui ballotte dans le bas-ventre est fort désagréable et elle devient la source de malaises continuels et de désordres hystériques. Quand l'utérus est fixé en antéversion par des adhérences, il provoque ordinairement des symptômes du côté de la vessie et spécialement des envies incessantes d'uriner.

Diagnostic. — Au toucher, on constate que la portion vaginale du col n'occupe pas sa position normale. Le doigt arrive directement au contact de la lèvre antérieure et il doit contourner celle-ci pour trouver l'orifice du museau de tanche qui regarde en arrière. A l'exploration bimanuelle, on sent le corps de l'utérus dans le cul-de-sac antérieur, tandis que le fond de l'utérus est dirigé vers la face postérieure de la symphyse.

Traitement. — L'antéversion proprement dite n'étant possible que pour autant que le corps de l'utérus et le col fassent un tout inflexible, on peut régler à volonté la position de l'utérus en agissant mécaniquement sur le col. Si on applique sur le col un pessaire annulaire, l'arc de cercle, qui se trouve dans le cul-de-sac postérieur, empêche le col

de se dévier en arrière; il le maintient plus droit dans l'axe du vagin et redresse par le fait même le corps de l'utérus uni fermement et invariablement au col. Il empêche ainsi non seulement l'antéversion forte de l'organe, mais aussi il le protège contre le ballottement fréquent et considérable résultant des changements d'attitude du corps tout entier, ce qui est bien plus important, d'après l'exposé des symptômes que nous venons de faire.

Depuis quelques années je n'emploie plus que des anneaux en caoutchouc durci, dont l'introduction est plus désagréable, mais qui irritent moins la muqueuse vaginale que les pessaires en caoutchouc mou. Je me sers de préférence d'anneaux excentriques, dont l'arc le plus mince occupe le cul-de-sac postérieur (fig. 93); l'arc le plus épais soutient, en avant, la paroi vaginale, la vessie et le corps utérin engorgé.

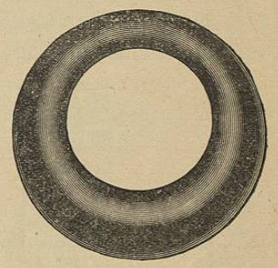

FIG. 93. — Pessaire excentrique en caoutchouc durci.

Ce traitement n'est recommandable que dans les cas où l'on croit indiqué de corriger l'antéversion trop considérable, ou l'excessive mobilité de l'utérus. En règle générale, il suffira de calmer l'irritation chronique de l'utérus.

ANTÉFLEXION

Étiologie et anatomie pathologique. — Comme nous l'avons dit plus haut, l'utérus est légèrement courbé sur sa face antérieure; il présente donc régulièrement un léger degré d'antéflexion. On rencontre fréquemment des antéflexions fortes congénitales (voir fig. 94), qui ne sont en quelque sorte que l'exagération du type physiologique. On ne saurait établir de séparation nette entre l'antéflexion physiologique et l'antéflexion qui constitue une anomalie de forme, car tous les degrés intermédiaires existent. Cependant, dans beaucoup de cas, l'angle de flexion est si aigu qu'à l'époque de l'instauration des règles, il éclate des désordres fonctionnels prononcés, manifestement attribuables à l'anomalie anatomique. Je suis donc amené à admettre que dans beaucoup de cas la flexion extrême du corps de l'utérus sur le col constitue un vice *congénital*. L'angle que forme le corps avec le col est sensiblement invariable, c'est-à-dire qu'il faut employer, pour le faire varier, un certain degré de force. L'axe du col se trouve dans le prolongement de celui du vagin, de telle sorte que l'orifice du museau de tanche regarde directement la vulve, tandis que le corps de l'utérus,

fléchi en avant, est penché sur le cul-de-sac antérieur de façon que le fond de la matrice soit dirigé vers la face postérieure de la symphyse. La portion intra-vaginale du col est en même temps considérablement allongée.

La vessie, qui n'a pas avec le col des adhérences aussi étroites qu'on le dit généralement, mais qui lui est unie par l'intermédiaire d'un tissu conjonctif lâche, permettant des glissements très étendus, ne pénètre pas jusqu'au sommet de l'angle de flexion ; lorsqu'elle se remplit d'urine, elle ne relève pas le corps de l'utérus, et n'ouvre pas davantage l'angle de flexion. Elle repousse en arrière l'utérus dans sa forme vicieuse. La vessie remonte en passant devant le sommet de la matrice.

Fig. 94. — Antéflexion de l'utérus.

Outre ces antéflexions congénitales, il en est d'*acquises*. Ces dernières se caractérisent presque exclusivement par la variabilité de l'angle de flexion. Les antéflexions acquises peuvent être dues à la faiblesse anormale de l'isthme qui réunit le corps et le col. Le corps de l'utérus se meut sur le col comme sur une charnière, et lorsque, la vessie étant vide, la pression abdominale devient très forte, il se produit une antéflexion des plus prononcées. Quand la vessie se remplit d'urine, elle relève facilement le corps de l'utérus qui a conservé sa mobilité.

Mais la plupart des cas d'antéflexion, qui causent des désordres sérieux, résultent de ce que le col se trouve fixé à la paroi postérieure du petit bassin, par suite de quelque travail inflammatoire. *E. Martin* (1) a d'ailleurs depuis longtemps signalé le fait. Si alors l'isthme utérin est trop mou, le corps se fléchit fortement en avant et ne se relève plus, attendu que la vessie trouve au devant de l'utérus toute la place qu'il lui faut pour se développer. Ces processus inflammatoires, qui s'observent assez fréquemment chez les nullipares, ont souvent le col comme point de départ; du col, ils se propagent aux ligaments sacro-utérins et au péritoine du cul-de-sac de *Douglas*. Je fais abstraction des cas, dans lesquels des tumeurs pesant sur l'utérus le maintiennent d'une manière permanente dans sa position vicieuse.

Symptômes. — L'antéflexion *acquise*, dont l'angle n'est pas invariablement fixé, ne donne lieu comme telle à aucun symptôme. Cependant ce vice de forme se complique toujours d'un état anormal de l'utérus. Cet organe est ou bien ramolli en entier et atrophique, ou bien sa partie sus-cervicale hypertrophiée et enflammée est devenue très mobile à cause du ramollissement de l'isthme qui l'unit au col. On trouve donc les symptômes caractéristiques de ces divers états. Quant à l'antéflexion *congénitale*, alors que le parenchyme utérin est resté sain, elle entraîne des désordres fonctionnels, qui dépendent de la sténose de l'orifice interne, laquelle est elle-même imputable à la flexion utéro-cervicale. Ces troubles, très importants au point de vue pratique, sont de deux ordres : la *dysménorrhée* et la *stérilité*.

(1) Voir Martin. *Neig. u. Beug.* p. 123, et P. Müller, *Arch. f. Gyn.* Bd. X, p. 175. — Schultze *Loc. cit.* — Bandl, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXII.

Dans la plupart des cas on peut se demander si ces symptômes, au lieu de résulter de l'antéflexion, ne proviennent pas des altérations inflammatoires concomitantes. Nous pensons avec *B. Schultze*, que cette dernière manière de voir est la plus correcte.

La *dysménorrhée* commence lorsque, à l'époque de la puberté, la première menstruation paraît. Le sang épanché dans la cavité utérine éprouve de la difficulté à s'écouler, à cause de la flexion qui existe au niveau de l'orifice interne. Il faut des contractions répétées de la musculature utérine pour chasser le liquide à travers le rétrécissement. Ces contractions se traduisent par des crampes douloureuses (coliques utérines). Elles réapparaissent à chaque menstruation suivante, bien que leur intensité puisse varier.

Si la *stérilité* n'est pas la conséquence nécessaire de l'antéflexion forte et des lésions inflammatoires qu'elle entraîne, elle n'en est pas moins très fréquemment le résultat. Les spermatozoïdes peuvent pénétrer à travers des canaux fort étroits ; on ne s'étonnera donc pas de voir des femmes ayant une antéflexion à angle fort aigu, devenir enceintes. Il n'en est pas moins vrai que si la flexion au niveau de l'orifice interne ne constitue pas un obstacle infranchissable, elle rend cependant la conception plus difficile.

Lorsque le corps de l'utérus est fortement fléchi en avant, et spécialement lorsqu'il est quelque peu développé, ou gonflé par la menstruation ou à la suite d'un travail d'inflammation chronique, il tend à rétrécir la cavité vésicale et provoque ainsi de fortes envies d'uriner. Ce symptôme est parfois le plus pénible de l'antéflexion.

Le *diagnostic* de l'antéflexion s'établit au moyen de l'exploration bimanuelle, qui révèle la direction du col et celle du corps de l'utérus et, par le fait même, l'angle que ces deux parties font entre elles. On se gardera d'augmenter artificiellement l'antéflexion en appuyant fortement de la main sur le tégument abdominal. L'exploration bimanuelle fait connaître également le degré de mobilité du corps et du col

l'un par rapport à l'autre. Cette exploration est souvent fort difficile, puisqu'il s'agit d'ordinaire de nullipares à parois abdominales résistantes, à canal vaginal étroit et rigide. Quand au cathétérisme, il est presqu'impossible, à moins de changer la position de l'utérus.

Traitement. — Dans *l'antéflexion acquise*, il n'est, en général, ni nécessaire ni indiqué de changer la position du corps de l'utérus par des procédés mécaniques. Si la flexion est très considérable, on cherchera à la diminuer en étudiant les causes du cas particulier. Le *ramollissement* de l'utérus réclamera un traitement excitant de l'organe. Lorsque le corps de l'utérus, fortement fléchi, est gros et pesant, on cherchera à calmer l'inflammation chronique. Le col est-il fixé, à la suite d'un travail irritatif, à la partie postérieure du bassin, on tâchera, par un traitement convenable, de relâcher les brides cicatricielles ou bien d'obtenir la résorption d'exsudats anciens.

On se comportera tout autrement vis-à-vis de l'antéflexion forte, *congénitale*. On a essayé fort souvent d'agir sur le corps de l'utérus au moyen de pessaires vaginaux, mais on ne réussit pas, au moins d'une manière quelque peu efficace, à redresser le corps de l'utérus en repoussant le cul-de-sac antérieur; d'ailleurs la portion vaginale du col ne présente pas de point d'appui suffisant pour maintenir l'utérus dans sa position normale.

Si l'on croit nécessaire d'ouvrir l'angle que forment le corps de l'utérus et le col, on sera bien forcé d'agir sur la matrice par l'intérieur de sa cavité.

On obtient d'excellents résultats en faisant passer une série de sondes de plus en plus grosses à travers le canal cervical. On dilate ainsi l'orifice interne du col, et en même temps on redresse l'angle de flexion. En répétant fréquemment cette dilatation, on arrive en général à calmer la dysménorrhée ou du moins à la diminuer de beaucoup lorsqu'elle ne reconnaît pour cause que la sténose de l'orifice interne.

Cette méthode est incontestablement plus prudente et moins dangereuse que l'introduction à demeure de pessaires intra-utérins.

Le traitement chirurgical de la sténose, consécutive à l'antéflexion, a été plus d'une fois tenté. *Sims* avait d'abord recommandé d'inciser profondément la lèvre postérieure dans le but d'éluder l'angle de flexion et de faire à la cavité utérine un libre accès. *Küstner* fait connaître une opération plastique fort complexe tendant au même but. Remarquons que dans tous les cas, le canal cervical, loin d'être rétréci, est souvent plus dilaté qu'à l'ordinaire. Ajoutons que l'incision n'intéresse guère l'orifice interne du col et que par conséquent l'opération ne procure autre chose qu'une mutilation durable de la portion vaginale.

RÉTROVERSION

Etiologie et anatomie pathologique. — Il arrive fréquemment que l'utérus se mette en rétroversion d'une manière passagère. La vessie, modérément remplie, élève le corps de l'utérus, — fortement distendue, elle le refoule et le renverse en arrière. A l'état normal, les ligaments recto-utérins tendent à rapprocher le col de la partie postérieure du bassin, tandis que les ligaments ronds se tendent lorsque le fond de l'utérus est renversé vers le sacrum; ces ligaments agissent sur l'utérus de façon à lui faire suivre le mouvement de retrait de la vessie, lorsqu'elle se vide, et les anses intestinales en profitent pour venir se placer sur la face postérieure de la matrice. Cette déviation de l'utérus en avant finit toujours par se produire après un temps plus ou moins long, alors même que l'utérus serait resté pendant quelque temps en rétroversion, et que, la vessie une fois vidée, des anses intestinales seraient venues se loger entre la matrice et la paroi abdominale. Il s'en suit qu'en règle générale les rétroversions modérées ne sont que passagères, attendu que l'utérus reprend bientôt sa position primitive, ou bien que, grâce au relâchement de ses ligaments et de son tissu propre, la rétroversion se convertit en rétroflexion.

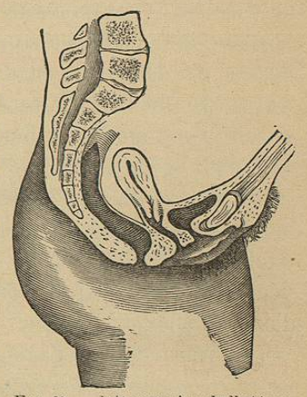

Fig. 95 — Rétroversion de l'utérus.

L'utérus se maintient en retroversion permanente modérée lorsqu'il se trouve fixé par des adhérences aux organes voisins.

Des rétroversions avancées ne se maintiennent comme telles que lorsque le relâchement des ligaments coïncide avec une consistance plus ferme du parenchyme, c'est-à-dire dans les mêmes conditions où se produit l'antéversion. Le corps de l'utérus s'incline alors fortement en arrière et le col se dirige en avant, de telle sorte que l'orifice du museau de tanche regarde en avant et un peu en haut. La rétroversion est parfois tellement prononcée que l'utérus est complètement renversé : le corps de l'organe regarde directement en bas et le col directement en haut.

Si dans le cas de rétroversion permanente de l'utérus, le parenchyme utérin a conservé sa consistance normale, l'organe commence