par perdre insensiblement sa courbure antérieure physiologique et il devient droit. Peu à peu il se fléchit sur sa face postérieure ; il est assez indifférent de considérer encore ces cas comme des rétroversions ou bien de les compter parmi les rétroflexions, ce que l'on pourrait faire à bon droit (v. fig. 95).

Symptômes. — La rétroversion modérée, passagère et sans complication ne donne lieu à aucun symptôme. Mais l'utérus est-il fixé dans cette position vicieuse, on voit apparaître les manifestations morbides qu'entrainent les adhérences périmétritiques du corps de la matrice.

Quant à la rétroversion permanente et prononcée, elle présente tous les symptômes que nous apprendrons à connaître en étudiant la rétroflexion. Il faut y ajouter les signes de l'irritation chronique de l'utérus et les désordres vésicaux.

Diagnostic. — La rétroversion se révèle déjà avec une certaine probabilité par la direction de la portion vaginale du col. Mais on ne peut en affirmer l'existence avec certitude qu'après s'être assuré que le corps de l'utérus est couché en arrière dans le prolongement de l'axe cervical.

La sonde pourra lever le doute, mais il est plus prudent et plus sûr de faire l'exploration bimanuelle. Si l'on ne peut constater sûrement la position du corps, on risque encore de se tromper. Il y a par exemple des cas d'antéflexion congénitale (v. fig. 94), dans lesquels le col se trouve comme si l'utérus était rétroversé et se dirige en haut et en arrière sur une telle longueur qu'au toucher rectal ou vaginal, on dirait que le corps de l'utérus se prolonge dans la même direction que le col. La sonde ne pénètre alors que de 4 centimètres dans le col, à moins qu'elle ne porte une courbure spéciale. A l'exploration bimanuelle, on trouve que le corps relativement court de l'utérus, est fléchi en avant sur le col à angle aigu, et qu'il s'agit dans l'espèce d'une antéflexion poussée à l'extrême.

Les rétroversions passagères ne demandent pas de *traitement*, — les rétroversion permanentes se traitent de la même manière que les rétroflexions. Cependant il faut prêter une attention toute spéciale au gonflement du corps de l'utérus.

RÉTROFLEXION

Etiologie et anatomie pathologique. — Contrairement à ce qui a lieu pour l'antéflexion, la rétroflexion n'est que très exceptionnellement d'origine congénitale. Il est extrêmement rare de la trouver sur les cadavres de nouveau-nés du sexe féminin (1).

(1) Grenser. *Arch. f. Gyn.*, Bd. X, p. 311 et C. Ruge, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. II, p. 24.

Elle ne se développe ordinairement qu'après la puberté, et il faut alors que les parois utérines soient ramollies, tout au moins au niveau de l'isthme et, de plus, que les ligaments utérins soient relâchés.

Lorsque l'utérus est mou, au point de pouvoir faire avec le col des angles de presque toutes les dimensions, et de pouvoir se courber sans difficulté sur sa face postérieure, il se fait très facilement une rétroflexion permanente aux dépens d'une rétroversion passagère. L'utérus se laisse transitoirement refouler en arrière par la vessie distendue ; celle-ci se vidant, les anses intestinales envahissent l'excavation vésico-utérine ; la pression intestinale continuant à s'exercer sur la face antérieure de la matrice, le corps de l'utérus ramolli se fléchit en arrière et descend dans le cul-de-sac de Douglas.

Lorsque la rétroflexion s'est ainsi produite, elle persiste d'ordinaire. Cependant l'utérus peut, soit à l'occasion de la tuméfaction menstruelle, soit simplement à cause de la position anormale qu'il occupe, se gonfler avec un telle force qu'il se redresse de nouveau, et si les ligaments utérins ne sont point encore relâchés, il reprend spontanément sa position normale.

Mais si le corps utérin se maintient pendant longtemps fléchi, il descend insensiblement dans le cul-de-sac de Douglas, derrière le col, et repousse celui-ci de plus en plus en avant. Ce travail se fait encore plus rapidement et plus complètement lorsqu'à la pression du corps utérin se joint celle du rectum fréquemment et fortement distendu. Les ligaments qui relient le col à la paroi postérieure du bassin, les replis de Douglas et les ligaments recto-utérins qu'ils abritent, s'allongent et le col est ramené vers la symphyse. Les ligaments ronds, à leur tour, sont distendus insensiblement et deviennent incapables de remplir leurs fonctions, pour peu que le fond de l'utérus reste fléchi en arrière d'une manière durable.

L'antéflexion, quand le corps de l'utérus est très mobile sur le col, se transforme parfois de cette manière en rétroflexion.

Dans une autre série de cas, le relâchement des ligaments utérins joue un rôle capital. Les ligaments recto-utérins ont perdu leur résistance, le col descend et se porte en avant ; d'autre part, comme les ligaments ronds sont longs et relâchés, il arrive que l'utérus, refoulé en arrière par la réplétion de la vessie, ne peut plus revenir à sa position normale. La pression abdominale s'exerce constamment sur la face antérieure de la matrice et alors même que celle-ci serait encore de consistance normale, elle fléchit lentement sur sa face postérieure et la rétroflexion s'établit.

Il va de soi que les rétroflexions se produisent avec d'autant plus

de facilité que ces deux influences étiologiques coïncident, c'est-à-dire lorsque les tissus péri-utérins sont relâchés et qu'en même temps, comme cela arrive si fréquemment, le corps de l'utérus est gonflé. La flexion est alors des plus prononcées.

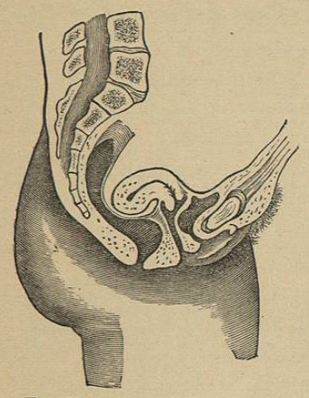

Fig. 96. — Rétroflexion utérine.

Les causes que nous venons de citer se présentent le plus fréquemment après l'accouchement. Aussi trouve-t-on de préférence les rétroflexions chez les femmes qui ont enfanté. Chez les nullipares, ce changement de forme se produit dans tous les états qui amènent le relâchement des organes génitaux : constipation permanente, travaux corporels excessifs, etc.

La forme de l'utérus varie dans la rétroflexion (voir fig. 96). Dans certains cas, on ne trouve qu'une courbure de la face postérieure, mais en général il y a flexion angulaire prononcée et le sommet de l'angle correspond à l'orifice interne du col. Les parois du corps de l'utérus sont fréquemment épaissies et hypérémiées. *Winckel* a démontré, sur des pièces anatomiques, que la paroi antérieure de la matrice est amincie au niveau de la flexion, mais cet amincissement passe inaperçu par suite du gonflement de l'organe tout entier.

Le corps de l'utérus se trouve fléchi en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, à des degrés fort variables. Dans les cas extrêmes, le sommet de la matrice peut même regarder directement en bas. Le col se dirige en général d'arrière en avant et de haut en bas.

Le doigt explorateur, porté dans le vagin, tombe directement sur la lèvre postérieure très développée; la lèvre antérieure au contraire, n'est pas ou n'est que fort peu saillante et le vagin s'y insère directement. L'orifice externe, élargi d'ordinaire, est souvent bouché par la saillie arrondie de la lèvre postérieure; la lèvre antérieure affecte la forme d'un repli étroit semi-lunaire qui contourne la lèvre postérieure. L'état des parties est tout autre, lorsque, comme il arrive souvent, le col est profondément divisé par des déchirures latérales. Il existe alors de l'ectropion, surtout de la lèvre antérieure qui est retournée en haut. Dans ces conditions, le canal cervical devient accessible, dans toute son étendue, au doigt et au regard.

L'étude des causes de la rétroflexion nous explique suffisamment pourquoi la matrice est abaissée. Cependant l'accessibilité du museau de tanche, si caractéristique de la rétroflexion, est due en majeure

partie à ce que le col est ramené plus près de la partie antérieure du bassin.

Symptômes. — Il existe incontestablement des cas où la matrice, normale pour tout le reste, se trouve en rétroflexion d'une manière permanente, sans qu'il en résulte aucun préjudice pour la santé : il en est ainsi notamment lorsque l'utérus est petit et relâché, condition qui s'observe chez les femmes qui ont dépassé la ménopause et chez celles qui allaitent. On a voulu en conclure que les phénomènes morbides de la rétroflexion, proviennent, non pas du changement de forme de l'utérus, mais des altérations inflammatoires qui compliquent cet état. Cependant, l'importance pratique de la rétroflexion ne dépend pas uniquement de la tendance très grande à l'inflammation que présente la matrice fléchie en arrière : la situation anormale du corps de la matrice constitue déjà par elle-même une source de troubles divers. Les douleurs du sacrum font rarement défaut dans la rétroflexion. Néanmoins, elles deviennent surtout pénibles lorsque l'utérus est en même temps augmenté de volume et endolori.

La douleur sacrée constitue souvent pendant longtemps l'unique symptôme de la rétroflexion ; ce n'est qu'à la longue que surviennent les signes de l'inflammation chronique. Ces derniers sont d'ordinaire la conséquence directe de la situation anormale de la matrice : la rétroflexion gêne la libre circulation du sang dans les veines et entraîne une hypérémie passive de l'organe. L'utérus se gonfle et détermine un sentiment de réplétion et de pesanteur dans le petit bassin ; la femme éprouve le besoin de se livrer à des efforts d'expulsion ; d'autres fois elle ressent des douleurs continuelles. La muqueuse participe bientôt à l'irritation, qui atteint l'organe tout entier, et l'on note alors, outre les symptômes mentionnés, ceux du catarrhe chronique de l'utérus.

Pour peu qu'il existe des altérations inflammatoires bien accentuées, il est rare que la menstruation se passe sans inconvénients. Les douleurs sacrées s'exaltent, les douleurs dans le bas-ventre et dans les flancs augmentent, et il survient assez souvent des tiraillements et des coliques Cependant la dysménorrhée est toujours moins intense que dans l'antéflexion, ce qui est dû en majeure partie à ce que les antéflexions, qui s'accompagnent de troubles de la menstruation, sont presque toujours congénitales et se rencontrent chez des nullipares, tandis que les rétroflexions s'observent le plus souvent chez les pluripares. On note bien souvent des troubles dysménorrhéiques très intenses chez les nullipares, atteintes de rétroflexion. Il en est de la stérilité comme de la dysménorrhée. La conception n'est pas rare du

tout chez les pluripares, atteintes de rétroflexion de la matrice ; la stérilité que l'on observe parfois chez elles est due en général à des catarrhes de la muqueuse ou à des périmétrites concomitantes. Les rétroflexions fortes, chez les nullipares, n'amènent pas toujours la stérilité, après le mariage.

L'on note fréquemment, dans les cas de rétroflexion, des paralysies, surtout des extrémités inférieures, parfois aussi d'autres groupes musculaires. Abstraction faite des paralysies hystériques, ces troubles de la motilité doivent être interprétés d'une façon diverse : ils résultent parfois de la compression exercée par l'utérus tuméfié sur les nerfs moteurs des membres inférieurs ; dans d'autres cas, ils proviennent d'une myélite, due à son tour à une névrite, localisée dans le principe ; d'autres fois enfin, ce sont des paralysies d'ordre purement réflexe. Il est rare cependant que l'influence exercée par la rétroflexion sur la paralysie soit tellement évidente que — comme avec d'autres *Schrœder* en a observé des exemples — les malades puissent se remettre à marcher, dès que la matrice a repris sa position normale.

Outre les manifestations hystériques ordinaires, la rétroflexion peut amener les névroses les plus variées. Ces désordres cessent souvent aussitôt après le redressement de l'utérus : sous ce rapport, le traitement de la rétroflexion utérine est des plus efficaces. *Schrœder* a décrit un cas de chorée qui fut guérie momentanément à la suite d'un redressement temporaire de l'utérus en rétroflexion et qui fut enrayée complètement après la réduction définitive et durable de l'organe (1). *Chrobak* a rapporté un cas de névrose respiratoire très intense qui qui disparut complètement après la réduction de la matrice (2).

Les troubles de la miction ne sont pas aussi fréquents que dans l'antéflexion. Il arrive cependant qu'un ténesme vésical continu constitue le symptôme le plus pénible de la rétroflexion. La rétention d'urine ne s'observe qu'à la suite d'une augmentation de volume de la matrice aussi considérable que celle que l'on observe au 4e mois de la grossesse.

La constipation est la règle presque absolue dans la rétroflexion. Elle ne dépend pas d'une constriction mécanique exercée par l'utérus courbé en arrière sur le rectum. Elle résulte de la paresse de l'intestin, et l'accumulation des matières fécales qui en est la conséquence, irrite le fond de la matrice appliqué intimement contre le rectum, et tend à augmenter notablement les troubles déjà existants.

Le *diagnostic* de la rétroflexion est généralement facile. Le museau

(1) *Berl. kl. Wochensch.*, 1879, no 1.
(2) *Wiener med. Presse*, 1867, no 2.

de tanche est moins éloigné de l'entrée du vagin qu'à l'état normal, parce que le col est plus rapproché de la symphyse pubienne et fréquemment aussi parce que l'utérus est descendu en totalité. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent, par le toucher vaginal et plus nettement encore par l'exploration rectale, le corps de l'utérus, dont la forme est caractéristique, et qu'il serait difficile de confondre avec d'autres tumeurs, attendu qu'il est en continuité directe avec le col auquel il se réunit en formant un angle aigu.

Cependant des erreurs sont possibles. Il peut exister, derrière l'utérus, des tumeurs (fibromes, exsudats dans le cul-de-sac de Douglas), ayant la même forme que la matrice et réunies au col de la même façon.

Pour être tout à fait sûr que la tumeur, que l'on sent dans le cul-de-sac postérieur, est la matrice, il est nécessaire de recourir à l'exploration bi-manuelle et de constater l'absence du corps de l'utérus derrière la symphyse pubienne. Dans les cas douteux, on peut encore recourir avec avantage à la sonde utérine.

Dans les rétroflexions *congénitales*, la paroi antérieure du vagin est rigide et raccourcie et il existe, sur la ligne médiane, un court repli de la muqueuse vaginale, dans le cul-de-sac antérieur *(Sänger)*.

Traitement. — Dans les cas rares où l'utérus, dévié en arrière, est normal et ne donne lieu à aucune manifestation morbide, on fait bien de le laisser en place. Il en est surtout ainsi chez les femmes arrivées à l'âge du retour.

Abstraction faite de ces cas rares, on doit commencer par distinguer deux cas : la réduction est possible, ou bien des adhérences inflammatoires la rendent impossible.

La solution de ce problème n'est pas toujours des plus simples : l'utérus enflammé peut avoir acquis un volume tel qu'il se trouve fermement enclavé en arrière ; tous les efforts que l'on fait pour le ramener en avant échouent, à cause des violentes douleurs qu'ils provoquent. On est alors condamné à attendre, à moins qu'on ne préfère tenter la réduction pendant l'anesthésie chloroformique. Dans ces conditions on fera bien d'instituer d'abord un traitement antiphlogistique (repos absolu, laxatifs, soustractions sanguines au col) et de calmer l'inflammation utérine, jusqu'au moment où l'on puisse s'assurer par des tentatives répétées de réduction, que le redressement est possible ou qu'il ne l'est pas.

Chaque fois que la chose est possible, il faut commencer le traitement par la réduction et la contention de l'utérus, après quoi il sera bien plus aisé d'enrayer rapidement et complètement les complications inflammatoires.

Pour pratiquer la *réduction*, on se servira de la main ou de la sonde utérine. Dans le premier cas, on soulèvera le fond de l'utérus, en agissant dans le cul-de-sac postérieur, et on refoulera l'organe en avant et en haut jusqu'à ce que la main, restée libre à l'extérieur, parvienne à le saisir par sa face postérieure, à travers les parois abdominales et à le ramener tout à fait en avant. Dans les cas difficiles — et ils sont fréquents, — il est préférable d'opérer le redressement par la voie rectale, surtout si le canal vaginal est étroit et rigide. La réduction est plus aisée aussi, lorsque, tout en soulevant le corps, on refoule en arrière le col de l'utérus. Quand l'index est introduit dans le rectum, le pouce de la même main porté dans le canal vaginal, peut repousser le col en arrière. Il est des cas particulièrement difficiles où la réduction devient plus aisée, lorsqu'on saisit et que l'on attire en bas et en arrière le col de la matrice à l'aide d'une pince tire-balle ou d'une pince à érignes de Museux.

Lorsque les parois abdominales sont épaisses, résistantes et tendues, et qu'en même temps la malade est très sensible, le procédé, qui consiste à ramener en avant à l'aide de la main laissée à l'extérieur, la matrice soulevée par le vagin, est souvent si difficile et si douloureux, que je préfère me servir d'un gros cathéter utérin pour opérer la réduction. Exécutée avec la prudence et l'habileté voulues, cette manœuvre est bien moins douloureuse et moins dangereuse.

Lorsqu'on a recours au cathéter, il importe avant tout de ramener la matrice en avant en droite ligne, au lieu de lui faire parcourir la déviation latérale que lui imprimerait nécessairement la sonde, introduite avec la concavité en arrière et tournée ensuite en avant de la façon ordinaire. Pour éviter cet inconvénient, il n'est pas nécessaire de fabriquer des sondes spéciales, permettant de donner à leur extrémité intra-utérine tel angle que l'on désire par rapport à la tige principale. Il suffit d'introduire dans l'utérus une grosse sonde ordinaire, en tenant compte de la position qu'occupe la matrice en rétroflexion, c'est-à-dire avec la concavité dirigée, non pas en avant, mais en arrière. On peut alors tourner la sonde de façon à ce que son extrémité engagée dans l'utérus ne change pas sensiblement de position dans le début : à cet effet, on ramène le manche de la sonde d'arrière en avant, en lui faisant décrire une large courbe latérale, pour l'abaisser ensuite petit à petit. La sonde, dont la concavité est alors dirigée en avant redresse ainsi tout doucement la matrice.

La même manœuvre permet de décider sûrement si l'utérus, même quand il est légèrement enclavé, repose simplement dans le cul-de-sac de Douglas, ou bien s'il est fixé par des adhérences.

Il ne faut pas croire que la réduction est complète, lorsqu'on ne sent plus la matrice dans le cul-de-sac postérieur : le redressement n'est opéré que lorsque l'organe se trouve complètement en antéflexion.

La réduction obtenue, il convient de maintenir la matrice dans sa bonne situation, attendu que l'organe, abandonné à lui-même, ne tarde pas à reprendre sa position vicieuse· Ce n'est qu'exceptionnellement, et lorsque la rétroflexion est encore de date récente, que l'utérus, une fois remis en place, garde définitivement sa bonne position.

Quand à la *contention*, elle pourra être obtenue avec grande certitude par de simples pessaires vaginaux. On choisira des pessaires capables de retenir le col utérin à proximité de la paroi postérieure du bassin.

D'après mon expérience, ce but est le plus sûrement et le plus aisément atteint par l'emploi des pessaires-leviers imaginés par *Hodge* et surtout recommandés en Allemagne par *G. Brann*, *E. Martin* et *Spiegelberg*. Ils suffisent parfaitement à maintenir le col fixé en arrière ; par leur arc postérieur, ils refoulent en haut et en arrière le cul-de-sac postérieur et fixent le col, grâce à la traction qu'ils exercent sur la paroi vaginale à ce niveau. Le col ne pouvant plus revenir en avant, l'effort de la pression abdominale porte constamment sur la paroi postérieure de l'utérus et maintient l'organe en antéflexion.

Au lieu de pessaires en caouchouc durci, dont il est difficile de modifier la forme, il vaut beaucoup mieux employer les anneaux complètement flexibles, faits de fil de cuivre recouvert de caoutchouc. Ce conseil a son importance : en effet, il n'est pas si simple de maintenir définitivement l'utérus en place, et il est bien souvent nécessaire de modifier la forme primitivement imprimée au pessaire. Il ne faut pas que le pessaire soit trop grand, sans quoi il irrite le vagin, et provoque des inflammations. Trop petit, il ne remplit pas le but à atteindre.

Il est nécessaire de modifier, pour chaque cas en particulier, le degré de courbure et la largeur d'un pessaire, ainsi que les dimensions qu'il présente à certains endroits. J'ai l'habitude de ne donner aux pessaires qu'une seule conrbure (voir fig. 97) : leur extrémité antérieure se trouve alors derrière la symphyse, elle soulève un peu la paroi antérieure, souvent légèrement prolabée, du vagin, et occupe, sans entraîner d'inconvénients, l'entrée du vagin ; au surplus elle n'empêche pas le coït, chose importante, puisqu'il s'agit le plus souvent de femmes mariées. Lorsqu'on a dû prendre un pessaire un peu grand, il arrive parfois que son arc antérieur comprime la symphyse

au point de rendre la miction difficile ou même impossible. En règle générale, les malades s'habituent vite à porter leur pessaire, et ces

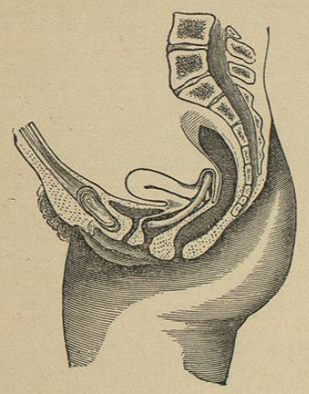

FIG. 97. — Pessaire-levier à simple courbure, *in situ*.

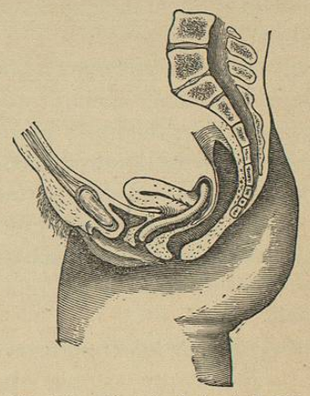

FIG. 98. — Pessaire-levier à double courbure, *in situ*.

troubles cessent ; si cependant l'extrémité antérieure du pessaire entraînait une gêne persistante de la miction, on pourrait la recourber en bas (v. fig. 98), — elle se trouve cependant alors à l'entrée de la vulve — ou bien, lorsque le pessaire est d'une substance très flexible, on pourrait le courber davantage, de façon à ce que la pression ne porte plus sur la symphyse.

S'il existe, immédiatement derrière l'utérus, à la hauteur du cul-de-sac postérieur, des altérations inflammatoires, il peut devenir nécessaire, pour éviter les compressions, de recourber un peu en bas l'extrémité postérieure du pesssaire. Il peut être désirable d'imprimer aux pessaires d'autres modifications encore, qu'il est très facile de réaliser sur des anneaux en substance flexible.

Si l'on se donne un peu de peine, et qu'on ne se laisse pas rebuter par des insuccès passagers, on réussit pour ainsi dire toujours à maintenir définitivement l'utérus dans sa situation normale. C'est lorsque le vagin est court et rigide, que l'on rencontre le plus de difficultés. Il faut, pendant quelques semaines, contrôler de temps en temps la position de l'utérus : ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on trouvera l'utérus constamment situé dans sa position normale.

Les anneaux irritent d'autant moins que leur surface est plus unie, et il est toujours désirable, lorsqu'un pessaire doit rester en place pendant une série de mois, d'en faire fabriquer un, en une matière légère et polie, identique au modèle qui remplit le mieux le but à

atteindre. Les anneaux en caoutchouc durci, imaginés par *Prochownik* (1), présentent sur tous les autres des avantages marqués. Trempés dans de l'eau chaude, ils deviennent flexibles et prennent toutes les formes qu'on veut leur donner. Voici comment je procède : je prends un pessaire flexible en fil de cuivre, et je tâche de lui donner la configuration la mieux appropriée au cas que j'ai à traiter ; j'en fais l'essai, et si je le trouve réussi, j'en confectionne un autre, en caoutchouc durci, identique au premier. Les anneaux flexibles en celluloïde sont aussi très recommandables ; malheureusement, ils sont si minces qu'ils compriment et corrodent facilement la muqueuse du vagin. Les pessaires en caoutchouc durci et en celluloïde doivent être retirés et nettoyés tous les trois ou quatre mois.

Combien de temps faut-il porter un pessaire pour que l'utérus reste définitivement en place, une fois le pessaire enlevé? Cela varie. Il faudra toujours plusieurs mois. Il arrive que la matrice reprend vite sa position vicieuse, après une et même après plusieurs années, lorsqu'elle cesse d'être maintenue par le pessaire. Le pronostic de la guérison définitive de la rétroflexion utérine n'est pas très favorable, ainsi que le prétendent *Mundé* (2) et *Lœhlein* (3).

Ce traitement suffit pour ainsi dire toujours, lorsque l'utérus est mobile. Les pessaires que je viens de décrire sont pour le moins aussi efficaces que les pessaires en huit de chiffre, vantés par *B. Schultze*, qui saisissent le col lui-même et le refoulent en arrière. *Olshausen* recommande vivement le pessaire de *Thomas* : c'est un pessaire-levier dont l'arc postérieur est épaissi. (Fig. 100). Nous conseillons vivement l'emploi de ce pessaire, qui remplit souvent de façon admirable le but à atteindre. Son arc postérieur refoule puissamment en arrière le cul-

FIG. 99. — Pessaire de *Schultze*.

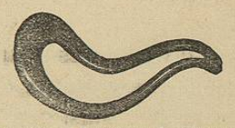

FIG. 100. — Pessaire de *Thomas*.

de-sac postérieur du vagin, sans exercer de compression douloureuse. Mais il présente l'inconvénient d'être assez difficile à introduire.

Le traitement est tout autre, lorsque le corps de l'utérus est fixé par

(1) *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, n° 225.
(2) *Amer. J. of Obst.* Octobre 1881.
(3) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. VIII, p. 102.

des adhérences aux replis péritonéaux voisins. Il est vrai qu'il ne faut pas toujours alors abandonner de prime abord l'espoir de rendre à l'utérus sa position normale; car, s'il est dangereux et condamnable de rompre de vive force même les adhérences les plus faibles, on peut cependant espérer de rendre l'utérus mobile après quelques mois d'un traitement méthodique institué en vue d'activer la résorption des exsudats inflammatoires. Il est beaucoup de cas dans lesquels on ne réussit pas, malgré les soins les plus intelligents et les plus assidus, à atteindre le but proposé; mais on est assez heureux pour obtenir de temps en temps un succès complet. Le pronostic est d'autant plus favorable que la sensibilité est moindre : même des exsudats volumineux, englobant l'utérus de toutes parts, peuvent être complètement résorbés et l'utérus redevenir mobile.

Ce qui délivre le mieux l'utérus de ces adhérences, c'est la grossesse. On a craint que les adhérences puissent devenir une cause d'avortement. Ces appréhensions ne sont pas justifiées.

Pour amincir peu à peu et faire disparaître finalement les adhérences, il importe avant tout de favoriser le déplacement des différents organes l'un vis-à-vis de l'autre. A cet effet, on activera les mouvements péristaltiques de l'intestin, par exemple, en versant pendant longtemps dans le rectum des quantités aussi abondantes que possible d'eau chaude ou d'huile à 30° R. Les bains de siége dans de l'eau à 28° R., additionnée de sel marin, de sel de *Stassfurt*, d'eau salée ou d'eau mère, activent doucement la circulation dans les organes du petit bassin et facilitent la résorption des exsudats. Cependant le plus puissant des moyens, ce sont les injections vaginales chaudes (jusqu'à 40° R). Dans les cas déjà un peu anciens, les tentatives fréquemment répétées de réduction, soit à l'aide de la sonde ou par la main, tiraillent, amincissent et font même disparaître les adhérences. Il est évident que ces manœuvres réclament beaucoup d'adresse et de prudence.

Lorsqu'il existe des exsudats abondants, le badigeonnage du col et des culs-de-sac vaginaux avec de la teinture d'iode et de la glycérine, à parties égales, ainsi que l'application d'iodoforme donnent d'excellents résultats.

On essaie de temps en temps si l'utérus n'est pas encore devenu mobile, et on applique un pessaire-levier, dès que le fond de la matrice se laisse aisément ramener en avant.

Lorsque les parties ne sont pas sensibles, on peut parfois appliquer un pessaire, alors qu'on ne pourrait encore que soulever l'utérus : on porte ainsi remède à la flexion très prononcée de l'organe.

Il faut se défier de la réduction forcée, qui consiste à déchirer de vive force les adhérences, bien que dans la plupart des cas cette manœuvre n'entraîne point de dangers. Il en est de même de la réduction forcée de *B. Schultze*. Elle consiste à rompre les adhérences, sous anesthésie profonde, par le rectum et la paroi abdominale; et si on ne réussit pas après plusieurs séances, à introduire le doigt dans l'utérus dilaté pour le soulever avec plus de force. *Schultze* et d'autres prétendent avoir obtenu de bons résultats par ce procédé qui doit présenter à mon avis, en des mains inexpérimentées, de très graves dangers.

Si l'on considère comme superflu de tenter la résorption de fortes adhérences, ou si l'on sait, par expérience, que tous les moyens sont impuissants, il ne reste plus qu'à abandonner l'utérus dans sa position vicieuse, et à traiter les symptômes pour rendre aux malades la vie aussi supportable que possible, à moins qu'on ne préfère recourir à la laparotomie pour libérer directement l'utérus des adhérences qui le retiennent, et pour le fixer ensuite dans la plaie abdominale.

Le *traitement opératoire* de la rétroflexion, soit libre ou adhérente, a pris, dans ces dix dernières années, une extension considérable, et de la part de plusieurs gynécologues, absolument injustifiée. Les méthodes suivies sont des plus variées.

Quand l'utérus est mobile, on peut recourir au raccourcissement des ligaments ronds. Pratiquée autrefois par *Alquié*, *Aran* et *Freund*, cette opération a été surtout recommandée par *Adams* et *Alexander*. Elle consiste à chercher les ligaments ronds dans le canal inguinal, à les attirer en avant pour les raccourir et à les fixer par la suture. Cette opération a été beaucoup pratiquée en Angleterre, en Amérique et en France. En Allemagne, elle n'a trouvé de partisans que dans ces dernières années (*Werth*, *Küstner*, *Kocher* et autres.)

La *ventrofixation* a eu, chez nous, plus de succès : elle consiste, après laparotomie faite, à fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure. Proposée d'abord par *Olshausen*, elle a été modifiée plus tard par *Czerny* et *Leopold*. Elle a été faite assez souvent, comme opération complémentaire, après d'autres opérations abdominales (ovariotomie, castration). On lui donne la préférence sur les autres procédés, car elle est sûre et aisée à pratiquer, et les résultats en sont excellents. Dans toutes les ventrofixations que j'ai pratiquées, j'ai vu l'opération exercer une influence des plus favorables sur l'état subjectif des malades. On a publié toute une série de grossesses normales après des ventrofixations.