

## I

## ÉLÉVATION DE L'UTÉRUS

L'élévation de l'utérus est un état presque toujours secondaire à d'autres altérations qui priment la scène morbide; il a donc fort peu d'intérêt.

L'infiltration et la rétraction inflammatoire des ligaments de Douglas peut entraîner et fixer le col en arrière et en haut. Il se produit alors une antéflexion considérable, et c'est avec cette dernière qu'il faut étudier ces faits.

Des adhérences péritonéales contractées pendant la grossesse peuvent empêcher l'organe de descendre pour reprendre sa place. Schultze fait remarquer qu'alors le fond de l'organe est fixé dans l'une ou l'autre fosse iliaque et que l'élévation s'accompagne toujours d'un certain degré de torsion et de translation latérale.

Ce qu'on observe surtout, c'est l'élévation de l'utérus par les tumeurs. Les kystes ou les tumeurs solides de l'ovaire entraînent souvent ce déplacement, mais on l'observe surtout avec les fibromyomes. Enfin il atteint un degré extrême dans les cas d'hématocolpos, c'est-à-dire d'accumulation de sang dans le vagin oblitéré à sa partie inférieure. Ces faits ont été étudiés dans un autre chapitre<sup>(1)</sup>.

## II

## ANTÉPOSITION ET RÉTROPOSITION

Ces états sont, comme l'élévation, le plus souvent secondaires à des tumeurs devant lesquelles ils perdent toute importance.

L'antéposition est produite par la stase de matières fécales en grande quantité dans le rectum, par les tumeurs de cet organe et du sacrum. Elle est produite également par les myomes de la face postérieure de l'utérus. On l'observe aussi à un degré extrême dans les épanchements qui ont pour siège le cul-de-sac de Douglas et particulièrement dans l'hématocèle. Dans tous ces cas, l'antéposition est produite par refoulement.

D'après Schultze, elle pourrait être due à un autre mécanisme, à une sorte d'attraction par des tissus cicatriciels développés en avant de la matrice, autour de la vessie. Cette rétraction des tissus cicatriciels s'observe surtout à la suite des pertes de substances par gangrène consécutives à l'accouchement.

La rétroposition due à des tumeurs est assez rare. Les tumeurs de la vessie n'ont pas un volume assez considérable pour la produire. Les kystes de l'ovaire se développent presque toujours en arrière de l'utérus; il y a cependant des cas où ils siègent en avant. Les fibromyomes de la paroi antérieure repoussent la matrice en arrière.

Mais, à l'inverse de l'antéposition, la rétroposition est le plus souvent due à des adhérences entre la paroi postérieure de l'utérus et le bassin. Ces adhérences

<sup>(1)</sup> Voy. *Malformations des organes génitaux*.

résultent de pelvi-péritonites du cul-de-sac de Douglas, ou d'hématocèles. Toutefois ces faits eux-mêmes sont rares.

## III

## LATÉROPOSITION — LATÉROVERSION — LATÉROFLEXION — TORSION

Ces divers états peuvent être produits par des tumeurs et principalement par des tumeurs intraligamenteuses. Mais c'est surtout à la suite de processus inflammatoires portant sur le tissu cellulaire pelvien qu'on les observe. Dans leur période d'acuité, ces inflammations repoussent l'utérus du côté opposé. Puis, à mesure que la rétraction du tissu enflammé s'accuse, l'utérus est entraîné du côté de la lésion. C'est là un état qu'on rencontre souvent, et qui peut être dû aussi bien aux phlegmons aigus d'origine puerpérale, qu'à ces inflammations sourdes, subaiguës qui se produisent en dehors de la puerpéralité (paramétrite atrophique de Freund). Les processus inflammatoires ont surtout pour siège, ainsi que j'ai cherché à le démontrer ailleurs<sup>(1)</sup>, le tissu conjonctif qui est situé immédiatement au-dessus du releveur de l'anus et au-dessous de l'aponévrose sacro-recto-génitale (phlegmon de la gaine hypogastrique). Au contraire, les inflammations du tissu cellulaire des ligaments larges (phlegmons du ligament large) sont rares. Aussi est-ce le plus souvent le col, ainsi que l'a très bien remarqué Schultze, qui est attiré vers la paroi pelvienne. Cette déviation latérale du col s'observe aussi à la suite des déchirures au troisième degré, qui ont ouvert le cul-de-sac vaginal.

Les adhérences qui entraînent le fond de l'utérus en position latérale sont le plus souvent péritonéales. Ce sont les restes soit de péritonites puerpérales, soit de péritonites périsalpingiennes développées en dehors de la puerpéralité. Il est très aisé de concevoir que, suivant la disposition et la direction de ces brides intra ou extrapéritonéales, l'utérus sera entraîné en version, en flexion latérale, ou plus ou moins tordu sur lui-même.

Le diagnostic de ces différents états est très facile. Il demande seulement un peu d'attention. Ainsi, par exemple, on pourrait prendre pour une tumeur le corps de l'utérus porté en flexion latérale. Si l'on a quelque embarras, le cathétérisme suffit à le faire disparaître. On sent très bien, dans tous ces cas, les brides cicatricielles, qui sont les agents de la position vicieuse. En revanche le traitement de ces déviations est extrêmement difficile. Le massage aurait peut-être quelque effet. Dans le cas de brides étroites dues à des déchirures au troisième degré, on a proposé d'en faire la section au ras du col. Cette intervention serait légitime, si l'on était autorisé à croire que la déviation entraîne des troubles fonctionnels sérieux, ce qui est rare.

<sup>(1)</sup> PIERRE DELBET, *Des suppurations pelviennes chez la femme*.