

d'être essayée. Les ceintures hypogastriques ne servent pas à grand'chose, surtout s'il s'agit de remédier à la stérilité. Les pessaires vaginaux sont absolument inutiles. Ces instruments n'agissent que sur les culs-de-sac vaginaux et, par leur intermédiaire, sur les moyens de suspension, aponévrose sacro-rectogénitale, releveur de l'anus, qui s'insèrent au col. Ils peuvent maintenir la position de l'utérus, mais ils restent sans effet sur sa forme : car le corps échappe complètement à leur action. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que A. Martin ait abandonné les pessaires vaginaux dans les cas d'antéflexion, et que Schultze, si grand partisan de ces instruments, n'en parle même pas dans son chapitre sur l'antéflexion.

Les seuls pessaires qui puissent agir sur l'antéflexion, ce sont les pessaires intra-utérins. Ces instruments, vantés par Simpson et par Valleix, ont causé autrefois des accidents terribles. On peut très bien les employer aujourd'hui, grâce à l'antisepsie. Le meilleur de tous me paraît être celui de Fehling. C'est un tube de verre, monté sur un pavillon élargi qui s'appuie sur le col. Le tube est légèrement incurvé et muni de trous latéraux. Il doit être d'un 1/2 centimètre moins long que la cavité de l'utérus, dans lequel on l'introduit. Avant de le mettre en place, on obture l'orifice inférieur du tube par une boulette de coton, et on le remplit de poudre d'iodoforme. La malade peut circuler avec le pessaire qu'on enlève au bout de huit, dix ou douze mois. Ce laps de temps est peut-être exagéré. J'ai essayé une fois ce pessaire; mais je n'ai jamais pu le maintenir dans l'utérus. Bien qu'il ne déterminât aucune espèce de douleurs, il était toujours expulsé.

On a imaginé bien des interventions chirurgicales pour remédier aux accidents dysménorrhéiques : la *discision du col*, les *stomoplasties*, les *utéroplasties*.

La *discision du col* a été pratiquée d'abord par Simpson, qui avait inventé pour cela un instrument spécial, le métrotome. L'hystérotome de Collin, les ciseaux de Küchenmeister ont le même but. Sims a recommandé particulièrement pour les cas d'antéflexion la *discision sagittale*, qui consiste à inciser sur la ligne médiane la lèvre postérieure jusqu'à l'orifice interne.

Schröder et A. Marlin font la *discision bilatérale* après ligature préalable des artères utérines. Kehrer préconise la *discision rayonnante*, qui consiste, après avoir séparé le col en deux lèvres, à sectionner chacune de ces lèvres en trois ou quatre fragments. Nott commence par la *discision bilatérale*, puis il incise profondément la lèvre postérieure et termine par une amputation de la lèvre antérieure. Defontaine donne à son procédé le nom d'*hystérotomie sphinctérienne*. Il incise d'abord le cul-de-sac antérieur et décolle la vessie comme pour faire une hystérectomie vaginale, puis il incise la lèvre antérieure sur la ligne médiane jusqu'au-dessus de l'isthme.

Les *stomoplasties* comprennent aussi de nombreux procédés. Celui de Courty, *autoplastie par formation de commissures artificielles*, agit plutôt sur l'orifice externe que sur l'orifice interne, je ne crois donc pas qu'il puisse rendre de grands services dans les cas d'antéflexion. J'en dirai autant du procédé de Dudley, qui est d'ailleurs compliqué, et de celui de Pozzi.

Au contraire, le procédé de Nourse s'adresse surtout aux antéflexions. Ce chirurgien divise le col en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure par deux incisions latérales qu'il fait remonter très haut, sans tenir compte des artères utérines. Puis redressant l'angle de flexion avec l'hystéromètre, il fixe la

lèvre antérieure pendant qu'il attire fortement en bas la lèvre postérieure de manière à faire glisser les deux lèvres l'une sur l'autre, et les fixe par des points de suture dans cette nouvelle position. Le principe de cette opération est très rationnel, mais il s'agit de savoir dans quelle mesure on peut faire glisser les deux lèvres du col l'une sur l'autre.

Reed pratique une opération qui se rapproche des utéroplasties. Il sectionne longitudinalement la lèvre postérieure sur la ligne médiane jusqu'au cul-de-sac vaginal. Puis sur chaque lambeau il résèque un coin à base externe sans intéresser la muqueuse et réunit cette plaie verticale de manière à avoir une ligne de suture transversale.

Les procédés d'utéroplastie visent plutôt la rétroflexion que l'antéflexion; mais on peut également les appliquer à l'antéflexion en agissant sur la face postérieure de l'utérus au lieu d'agir sur l'antérieure. Je décrirai les procédés de Rabenau et d'Elischer à propos de la rétroflexion. Je me borne à mentionner le procédé de Doyen, car l'auteur a décrit la technique qu'il convient d'employer lorsqu'il s'agit d'antéflexion. On incise le cul-de-sac postérieur et on ouvre le cul-de-sac de Douglas, puis après avoir fait basculer l'utérus en arrière, on place un fil sur sa face postérieure de manière à la fixer. Cela fait, on passe sur la face postérieure au niveau de l'angle de flexion une série de fils en U qui ont pour effet de rapprocher la face postérieure du corps de celle du col et par conséquent de maintenir l'utérus redressé.

On a proposé aussi de traiter les antéflexions par l'hystéropérie abdominale antérieure. Cette proposition qui peut sembler singulière au premier abord me paraît très rationnelle.

Il est bien difficile de porter un jugement sur tous ces procédés. Je me bornerai à l'appréciation générale suivante. Convaincu que le rétrécissement de l'isthme est uniquement dû à la flexion qui coude et aplatit le canal, je fais assez peu de cas des opérations qui lacèrent le col. Nos préférences sont pour les utéroplasties, qui en redressant l'utérus suppriment l'aplatissement du canal cervical.

VI

RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION

Les rétrodéviations de l'utérus sont de beaucoup les plus fréquentes. Saenger en compte 188 cas sur 700 malades gynécologiques, soit 15,48 pour 100, Winckel, 9,10 pour 100; Lœhlein, 18 pour 100. Sur 118 cas gynécologiques dont j'ai recueilli les observations à la clinique de la Charité, j'en trouve 50 atteintes de rétrodéviations (25,7 pour 100), pour 4 atteintes d'antéflexion, 1 d'antéversion. Les rétrodéviations ont beaucoup exercé dans ces derniers temps l'activité des gynécologues : il n'est peut-être pas de maladies contre lesquelles on ait imaginé des opérations si nombreuses, ni si variées.

L'importance pathologique des rétrodéviations a passé par certaines fluctuations que j'ai brièvement indiquées au début de ce chapitre. Aujourd'hui même l'accord n'est pas absolument fait sur ce point. Pour certains gynécologues,

Mathews Duncan (1), Vedeler (2), la rétroversion ne présente qu'un intérêt purement anatomique. Les douleurs ne seraient jamais la conséquence directe du déplacement, opinion fort exagérée et directement réfutée par les faits où la simple réduction suivie de l'application d'un pessaire suffit à faire disparaître complètement les phénomènes douloureux.

Je réunis dans une étude commune la rétroversion et la rétroflexion, non pas que ces deux états soient inévitablement associés (la rétroversion existe souvent sans rétroflexion, et même peut se combiner avec un certain degré d'antéflexion), mais ils sont connexes.

Anatomie pathologique. — Les rétrodéviations ne sont pas caractérisées comme les déviations antérieures par une simple immobilisation dans une attitude qui pourrait être normale, ou par une légère exagération d'une position régulière. Elles consistent en une attitude diamétralement opposée à l'attitude normale. Toutes les fois que, la vessie étant vide, l'utérus est placé de telle façon que son axe longitudinal fait avec l'axe du détroit supérieur un angle qui s'ouvre en arrière de cet axe, l'utérus est en rétroversion. Cet angle est du reste toujours considérable. Le plan de suspension de l'utérus étant situé au-dessous

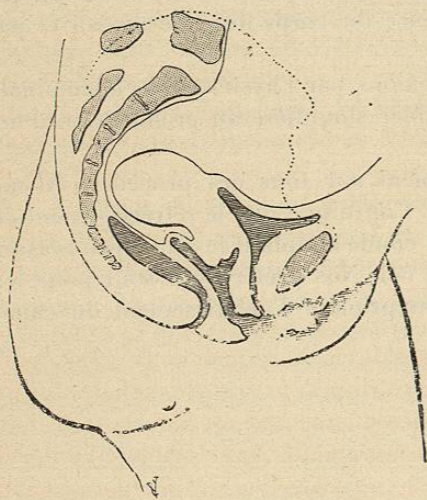


FIG. 48. — Rétroversion. (D'après Schultze.)

de son centre de gravité, l'organe est dans un équilibre tout à fait instable et il tend sans cesse à tomber soit en avant, soit en arrière pour chercher un point d'appui. Aussi dès qu'il a dépassé en arrière l'axe du détroit supérieur, la pression abdominale agissant sur sa face antérieure le rejette en arrière jusqu'à ce qu'il ait atteint la paroi postérieure du bassin; de sorte qu'en pratique la rétroversion est toujours nettement caractérisée.

Pour apprécier le degré de la rétroversion, Schultze conseille de désigner la vertèbre à laquelle correspond le fond de l'organe. D'après lui, le fond de l'utérus en rétroversion peut correspondre à la dernière vertèbre lombaire. Il faudrait pour cela ou que l'utérus fût très volumineux ou qu'il fût très élevé. En général, le fond de l'utérus en rétroversion ou en rétroflexion correspond aux dernières vertèbres sacrées. Dans les rétroflexions à angle aigu, le fond de l'utérus se loge dans le cul-de-sac de Douglas, et arrive au niveau de la pointe du coccyx; mais dans les rétroversions, le fond de l'organe ne peut atteindre ce niveau que s'il existe en même temps un degré considérable de prolapsus.

D'ailleurs la rétroversion s'associe fréquemment à un certain degré d'abaissement. Le col est plus rapproché de la fourchette, il existe un relâchement de la paroi antérieure du vagin qui fait une saillie bombée plus ou moins considérable,

(1) MATHEWS DUNCAN, *Clin. lect. on diseases of women.*

(2) VEDELER, *Arch. für Gyn.*, vol. XXVIII, p. 228.

le cul-de-sac postérieur du vagin paraît augmenté de profondeur, et le cul-de-sac péritonéal de Douglas passe en avant du cul-de-sac vaginal (voy. fig. 48). Cette disposition réciproque des deux culs-de-sac vaginal et péritonéal se produit toutes les fois que l'utérus est abaissé, que ce soit pathologiquement ou artificiellement. J'ai pu le constater en faisant des coupes sur des cadavres que j'avais fait geler après avoir attiré l'utérus à la vulve comme on le fait dans certaines opérations. L'abaissement de l'utérus en cas de rétroversion n'est pas absolument constant, mais il est extrêmement fréquent. On le rencontre surtout après les rétrodéviations d'origine puerpérale, et nous verrons que ce sont les plus fréquentes.

La rétrodéviations de l'utérus ne peut aller sans un certain déplacement des annexes. L'ovaire bascule autour de son ligament suspenseur (ligament infundibulo-pelvien), et son grand axe s'incline en arrière et en dedans. La trompe tend également à tomber en arrière. A côté de ce léger déplacement qui est constant, car il est la conséquence même de la déviation utérine, on observe assez souvent un déplacement beaucoup plus considérable, véritable prolapsus de l'ovaire qui est une complication relevant de la même cause que la rétrodéviations de l'utérus, c'est-à-dire de l'affaiblissement de l'appareil ligamenteux pelvien.

Un point capital dans l'histoire des rétroversions, c'est la fréquence des adhérences qui unissent la face postérieure de l'utérus au bassin. Ces adhérences sont de deux ordres. Tantôt ce sont de larges tractus filamenteux, formant une sorte de treillis à mailles irrégulières, qui vont de la face postérieure de l'utérus à la face antérieure du rectum, et de la face postérieure des ligaments larges aux parois latérales de l'excavation en englobant les annexes plus ou moins altérées. Ces tractus filamenteux sont parfois assez longs pour permettre une réduction partielle, quelquefois même on peut obtenir une réduction complète mais en entraînant avec l'utérus la paroi antérieure du rectum. C'est là un fait que j'ai constaté plusieurs fois sur le cadavre.

Dans d'autres cas, les adhérences sont étroites et courtes, il y a fusion entre la paroi postérieure de l'utérus et le rectum. Il en était ainsi dans le cas représenté figure 49. D'après mes recherches cadavériques, je crois les adhérences par fusion beaucoup plus rares que les adhérences filamenteuses. Mais ces dernières sont souvent trop courtes pour permettre une mobilité appréciable de l'utérus.

La pathogénie de ces adhérences présente un grand intérêt au point de vue de la thérapeutique des rétroversions. Il s'agit de savoir si l'inflammation de la matrice peut se transmettre au péritoine sans que les trompes soient malades. Je n'ai pas à discuter ici la possibilité des péritonites par lymphangites, c'est une beaucoup trop grosse question. Je me bornerai à dire que, sur le cadavre, j'ai vu quelquefois des épaisissements du péritoine qui revêt l'utérus, mais que je n'ai jamais vu d'adhérences entre l'utérus rétroversé et le bassin, sans que les annexes fussent altérées à un degré plus ou moins avancé. Je crois donc qu'en pratique on peut admettre que toutes les rétroversions adhérentes s'accompagnent de lésions des annexes.

Dans la rétroflexion, le corps fait avec le col un angle plus ou moins aigu ouvert en arrière et en bas. L'une des deux parois est amincie, mais chose assez curieuse, c'est quelquefois la paroi antérieure.

Il faut distinguer deux cas très différents suivant que la flexion est fixe ou non. Au début, le corps est sans doute presque toujours mobile et la flexion

réductible; mais, rapidement, il survient des modifications nutritives qui immobilisent l'utérus dans son attitude vicieuse, et cela sans qu'il y ait d'adhérences entre la matrice et le bassin. Quelquefois quand on tient dans sa main un utérus rétrofléchi et débarrassé de toutes ses connexions, on ne peut le redresser que difficilement et il reprend dès qu'on le lâche sa position première. J'avais observé ce fait un certain nombre de fois sur le cadavre sans y attacher grande importance, car l'utérus mort est beaucoup moins souple que l'utérus vivant, et je me demandais s'il ne s'agissait pas là d'un phénomène de rigidité cadavérique.

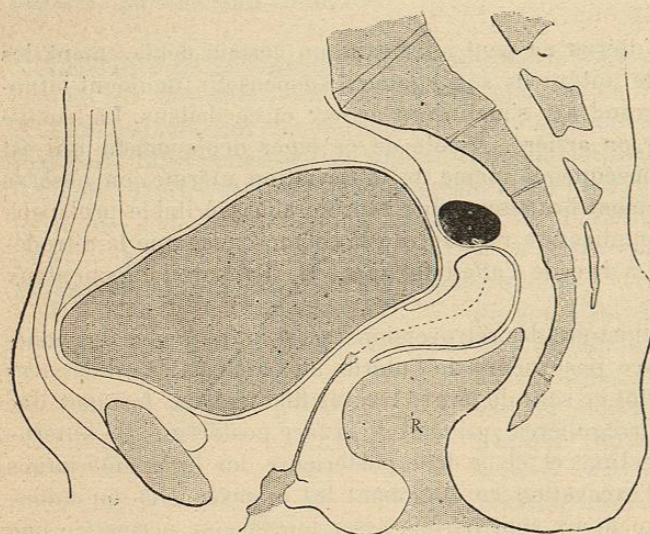


FIG. 49. — Antéflexion anormale avec rétroversion adhérente. (D'après une coupe congelée.)

Mais je l'ai observé sur un utérus que j'avais enlevé en totalité par le vagin pour un cancer du canal cervical. Le degré de rétroflexion de cet utérus approchait de l'angle droit. En tenant le col solidement entre deux doigts, il fallait une force considérable pour ramener le corps dans la rectitude; et dès qu'on le lâchait il retournait en rétroflexion, avec la brusquerie et la rapidité d'un ressort qui se détend. Ce phénomène paraissait dû à l'épaississement du péritoine, qui au niveau de l'angle de flexion faisait de petites saillies comparables aux piliers du cœur. Ce fait est assez intéressant pour qu'on y insiste, surtout en raison de ses conséquences thérapeutiques.

Il reste à mentionner certaines particularités, qui achèvent de donner aux rétrodéviations un caractère spécial. A l'inverse des utérus antéfléchis, les utérus en rétroversion sont, le plus souvent, de gros utérus. Ils sont agrandis par la métrite parenchymateuse, par les troubles de l'involution. L'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col n'est pas rare et, dans certains cas du moins, elle paraît directement liée aux troubles circulatoires qu'engendre la déviation, puisqu'il a pu suffire de remettre l'utérus en place pour la faire rétrocéder. Enfin, l'endométrie est presque constante et s'accompagne souvent de déchirures et d'érosions du col.

Étiologie et pathogénie. — La rétroflexion peut être congénitale ainsi que l'a établi Ruge⁽¹⁾. A. Martin en rapporte 8 exemples. Dans ces cas, du reste fort rares, l'utérus conserve son type infantile, corps petit, col long et mince; en outre, la paroi antérieure du vagin est généralement courte.

(1) RUGE, Zeitschr. für Geb. und Gyn., t. I.

De cette *rétroflexion congénitale*, il faut rapprocher la *rétroflexion infantile* que signale Schultze. J'ai déjà indiqué la théorie de Schultze sur l'antéflexion infantile ou puérile. L'altération primitive serait une insertion vicieuse du col sur le vagin, telle que les deux organes ne puissent s'infléchir l'un sur l'autre. Le résultat de cette disposition est variable. Quand le bassin s'élargit et que le vagin s'abaisse pour se rapprocher de l'horizontale, ou bien le corps se place en antéflexion exagérée (c'est le cas que nous avons étudié), ou bien, si l'utérus n'est pas suffisamment flexible, le corps reste comme le col dans l'axe du vagin et se place, par conséquent, en rétroversion.

La rétroversion peut être due à des brides cicatricielles qui attirent et fixent le col en avant. Le corps se portant en sens inverse du col bascule en arrière. Schultze signale des cas de ce genre.

Les déviations postérieures sont quelquefois engendrées par des troubles portant sur l'utérus lui-même; ainsi, quand la paroi antérieure prend un volume plus considérable que la paroi postérieure, soit par suite du développement de fibromyomes interstitiels dans l'épaisseur de la paroi antérieure, soit par suite de simples modifications nutritives. Bell Joss avait appelé l'attention sur cette cause de rétroflexion. E. Martin lui a fait jouer un rôle peut-être un peu exagéré. Il l'attribue à une insuffisance d'involution partielle de l'utérus, la paroi antérieure restant en retard sur la paroi postérieure quand elle a donné insertion au placenta.

La grande cause de la rétroversion, c'est l'insuffisance des moyens de fixité de l'utérus.

C'est pour cela qu'on l'observe si souvent à la suite de l'accouchement. Schultze incrimine seulement le relâchement des moyens de fixité postérieure, et particulièrement des ligaments utéro-sacrés; je crois qu'il faut y ajouter le relâchement des ligaments ronds, dont le rôle, quoi qu'on en ait dit, n'est pas négligeable. A la suite de l'accouchement, si l'involution est retardée pour une raison quelconque, l'utérus, par son propre poids alors considérable, a tendance à tomber en arrière, surtout si la femme est maintenue dans le décubitus dorsal. En retour, dès que l'utérus est tombé dans le cul-de-sac de Douglas, cette situation vicieuse amène des troubles circulatoires qui gênent l'involution; et souvent l'utérus reste gros et volumineux.

En dehors de la puerpéralité, Schultze admet que la paramérite postérieure peut amener un affaiblissement des ligaments utéro-sacrés. Cela me paraît assez difficile à expliquer. On attribue à la paramérite postérieure tantôt le raccourcissement, tantôt l'allongement des ligaments utéro-sacrés. Je ne vois pas bien comment la même affection peut produire ces deux effets diamétralement opposés. Les inflammations chroniques laissent d'ordinaire à leur suite des sortes de brides cicatricielles, qui tendent à se rétracter sans cesse. Aussi je crois que la paramérite postérieure a plutôt pour résultat de raccourcir les ligaments de Douglas.

Lorsque la rétroversion se produit en dehors de l'état puerpéral, il faut incriminer une faiblesse congénitale des moyens de fixité de l'utérus, comme celle qui amène le prolapsus dont la rétroversion n'est souvent que le premier temps. Dans ces cas la rétroversion est souvent précédée d'un stade de mobilité anormale pendant lequel l'utérus, flottant, suit les lois de la pesanteur et se place tantôt en rétroversion, tantôt en antéversion exagérée.

Quant à la métrite, il est certain qu'en produisant en même temps un ramol-

lissement de l'organe et une augmentation de poids du corps, elle peut engendrer la rétroflexion.

Symptômes. — On a décrit une rétroflexion aiguë, qui ne se produit guère que dans l'état puerpéral. Elle s'accuse par des douleurs extrêmement vives, ténésme rectal violent, dysurie très pénible et par des hémorragies. D'après Martin cette rétroflexion puerpérale aiguë serait toujours due à une rétention partielle du placenta inséré sur la paroi antérieure.

La plupart des femmes atteintes de rétroversion ou de rétroflexion chronique se plaignent de troubles de la défécation et de douleurs qu'elles rapportent surtout à la région lombaire. Du côté du rectum, les malades accusent une sensation de plénitude qui détermine des épreintes pénibles. Les efforts faits pour aller à la garde-robe augmentent les douleurs et restent souvent inutiles. La défécation, quand elle se produit, est habituellement très douloureuse. Du côté de la vessie, les troubles sont plus rares : la rétention ou la dysurie ne se produisent guère que quand le col est notablement hypertrophié.

Les douleurs les plus fréquentes consistent en une sensation de pesanteur et de tiraillement dans la région lombaire. Quelquefois elles acquièrent une grande acuité. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui se plaignent d'irradiations douloureuses dans le bassin, la paroi abdominale, les flancs, les reins, les cuisses et qui éprouvent, en outre, une sorte d'asthénie qui leur rend tout travail impossible. Il en est même pour qui la station debout est insupportable. On observe parfois des troubles nerveux entraînant une parésie plus ou moins accentuée des membres inférieurs. Il est bien difficile d'admettre que ces troubles puissent être dus à la compression du plexus sacré, et cependant il y a des cas où la réduction de la déviation les a fait cesser.

Je me bornerai à rappeler qu'on a signalé des troubles nerveux réflexes encore plus extraordinaires, la chorée, l'aphonie, l'hystéro-épilepsie, des vomissements incessants.

Certaines femmes souffrent beaucoup pendant le coït. On a l'explication de ces souffrances en les touchant; car on trouve soit les ovaires en prolapsus, soit le corps de l'utérus extrêmement douloureux à la pression. Ce dernier fait n'est pas rare. Il s'agit d'une douleur vive, bien plus aiguë que celle qu'on observe dans les métrites ordinaires. Elle est due, je crois, à ce que l'inflammation s'est propagée à travers le parenchyme utérin, jusqu'au tissu sous-péritonéal; et c'est alors que se forment ces petites rugosités irrégulières que l'on voit quelquefois sur les utérus déviés.

Il est fréquent et presque habituel que les femmes atteintes de rétro-déviation présentent de la leucorrhée et des menstruations profuses.

On a beaucoup discuté pour savoir si tous ces symptômes étaient dus à la déviation ou à la métrite concomitante. Le rôle de la métrite n'est pas douteux, mais celui de la déviation est tout aussi certain. On objecte que quelques déviations ne s'accompagnent d'aucun symptôme. Cela est incontestable; mais parce qu'une déviation peut rester quelquefois absolument latente, ce n'est pas une raison pour qu'il en soit toujours ainsi, et nier qu'elle puisse engendrer des symptômes, c'est oublier qu'on voit souvent tous ces symptômes disparaître d'une manière complète sous la simple influence du redressement. Il est juste de dire aussi que ces douleurs sont dues quelquefois à un prolapsus des ovaires, mais il n'en est pas toujours ainsi, et il est facile de faire le départ de ce

qui revient aux ovaires, car leur prolapsus est toujours facile à reconnaître.

On a soutenu que la rétroversion de l'utérus pouvait entraîner la flexion des uretères et produire, en gênant l'excrétion de l'urine, des altérations rénales. Hildebrandt a cité une série de cas de cet ordre. Il me semble absolument impossible, au point de vue anatomique, que la rétroversion ou la rétroflexion de l'utérus puissent avoir la moindre influence sur les uretères, pour cette double raison que le col avec lequel les uretères sont en rapport ne subit pas, dans la rétroversion, de déplacements considérables et que les connexions du col avec ces canaux sont extrêmement lâches. C'est le prolapsus et non la rétroversion qui agit sur les uretères.

Pour les accidents graves qui accompagnent la rétroflexion de l'utérus grvide, je renvoie aux traités d'obstétrique.

Diagnostic. — Le diagnostic des rétro-déviation est généralement très facile. C'est à l'examen bimanuel qu'il faut en demander les éléments. Le doigt arrive vite sur le col, dont l'orifice externe regarde directement dans l'axe du vagin. L'exploration du cul-de-sac antérieur, aidé de la palpation abdominale, permet de constater que le corps de l'utérus n'est pas à sa place normale. Si la vessie était distendue, il faudrait la vider pour pratiquer cet examen. Le doigt est alors ramené dans le cul-de-sac postérieur et sent le corps de l'utérus. Quand il s'agit d'une rétroversion simple, on suit nettement l'utérus dans toute son étendue; on reconnaît aisément que la tumeur sentie dans le cul-de-sac postérieur se continue avec le col et qu'elle est bien formée par le corps. S'il y a une flexion légère, on peut encore reconnaître aisément la continuité du corps et du col. Mais si la flexion est considérable, on sent en arrière du col une tumeur lisse et arrondie et, entre les deux, un sillon quelquefois assez profond pour que le doigt ne puisse aller jusqu'au fond sentir l'angle de flexion. La sensation ne diffère guère de celle que donne un fibro-myome de la face postérieure, une vieille salpingite en prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas ou un reliquat d'hématocèle. L'absence du corps de l'utérus à la place qu'il devrait occuper met déjà, dans une certaine mesure, à l'abri de cette erreur. Mais si l'on conserve le moindre doute, il faut pratiquer le cathétérisme et le pratiquer sans spéculum en suivant du doigt la marche de l'hystéromètre. Si on le pratique avec le spéculum, il n'est bon qu'à induire en erreur. En effet, s'il s'agit d'une rétroflexion mobile, l'utérus se redressera sous l'influence de l'instrument; la sonde pourra donc pénétrer dans la direction qu'on lui imprimera et l'on sera tenté de conclure que la tumeur qu'on avait sentie dans le cul-de-sac postérieur n'était pas l'utérus. Au contraire, quand on fait le cathétérisme sans spéculum, le doigt vaginal suit très bien la progression de l'instrument, il constate si la tumeur se réduit ou non, si l'hystéromètre pénètre dans son épaisseur, et toute erreur est ainsi évitée.

Mais il ne suffit pas de diagnostiquer une rétroversion ou une rétroflexion, il faut encore reconnaître la situation des ovaires et s'il existe quelque complication du côté des trompes. Enfin, il faut déterminer si la rétroversion est ou n'est pas réductible. Le professeur Trélat⁽¹⁾ a divisé à ce point de vue les rétroversions en trois classes : 1° *réductibles*; 2° *résistantes*; 3° *adhérentes*. Les rétroversions résistantes sont souvent des rétroversions adhérentes, dans lesquelles l'adhérence est due à ces longs tractus filamenteux que j'ai décrits

(1) TRÉLAT, *Clin. chir.*, t. II, p. 674.