

direction du vagin étant en sens inverse de celle de l'utérus, il en résulte que le conduit utéro-vaginal (fig. 266) décrit dans son ensemble une courbe à concavité antérieure, concentrique à celle de l'excavation pelvienne. Telle est la direction normale de la matrice, celle que l'on observe, en général, chez les nullipares. Mais combien sont fréquentes les exceptions!

Indépendamment des déviations que lui imprime incessamment la vessie, suivant qu'elle est vide ou distendue, l'utérus est tantôt fortement porté en avant, de manière que son fond vienne presser sur la face postérieure de la vessie : c'est l'*antéversion* ; il est, au contraire, renversé en arrière et vient presser sur le rectum : c'est la *rétroversion* ; enfin, il peut avoir éprouvé un mouvement d'inclinaison latérale, *latérotation*, ce qui est plus rare. On conçoit aisément l'influence que peuvent avoir ces déviations sur les viscères voisins, surtout si la matrice est augmentée de volume.

Par suite de l'insertion du vagin sur le col, cette dernière partie est à peu près fixe : le corps, au contraire, maintenu, en quelque sorte, en équilibre par ses ligaments, est beaucoup plus mobile. Il en résulte que, dans ses diverses déviations, l'utérus n'est pas repoussé en totalité soit en avant, soit en arrière. Cet organe éprouve un mouvement de bascule en vertu duquel le col se porte en avant lorsque le corps est porté en arrière, et réciproquement. C'est pour ce motif qu'il est parfois si difficile de charger le col dans l'orifice du spéculum. Au lieu de correspondre à l'axe du vagin, le col regarde directement en arrière si l'antéversion est considérable, ou bien directement en avant si l'on a affaire à une rétroversion très prononcée. Dans le premier cas, il répond à la concavité du sacrum et ne peut être saisi qu'en déprimant fortement le périnée et la paroi postérieure du vagin avec le spéculum, et en relevant en haut le manche de l'instrument ; dans le second cas, il est caché derrière la symphyse pubienne et, pour le découvrir, il faut relever fortement le bassin de la femme en appliquant plusieurs coussins sous le sacrum, abaisser le manche du spéculum, et même quelquefois se mettre à genoux.

Cette situation du col est une cause importante de stérilité, puisque le sperme, au lieu d'être projeté sur le museau de tanche, tombe dans un des culs-de-sac du vagin.

Sur 250 femmes mariées qui n'avaient pas eu d'enfants, Sims en a trouvé 103 atteintes d'antéversion et 68 de rétroversion.

Sur 255 femmes qui avaient cessé de concevoir avant la fin de la période de fécondité, 64 étaient atteintes d'antéversion et 111 de rétroversion.

L'antéversion peut résulter de l'augmentation de volume de la partie antérieure du corps de l'utérus ; elle peut provenir de la présence dans le même point d'un corps fibreux qui abaisse en avant le fond de l'utérus par son propre poids, ou encore de l'existence, dans la paroi antérieure du col, d'un fibroïde qui fait basculer la matrice de façon à porter le fond en avant.

Les ligaments ronds, raccourcis, attireront directement le fond de l'utérus en avant ; la rétraction des ligaments utéro-sacrés produira le même résultat, mais par un mécanisme différent, c'est-à-dire en imprimant un mouvement de bascule au corps ; enfin, le corps de la matrice peut être fixé derrière le pubis par des adhérences anormales.

Dans les cas extrêmes d'antéversion, l'utérus étant couché, pour ainsi dire, sur la paroi antérieure du vagin, de façon à aplatir complètement la vessie,