

les rapports respectifs des organes entre eux et dans leur situation vis-à-vis de la paroi pelvienne.

**Déviations.** — L'utérus, ainsi qu'il sera dit, a théoriquement un point fixe, situé entre le corps et le col, autour duquel il exécute des mouvements dans le sens antéro-postérieur ou sur les côtés.

Si le niveau de l'organe n'est pas modifié dans le sens vertical, si le point fixe reste toujours à la même hauteur, sans être ni élevé, ni abaissé dans le petit bassin, tous les déplacements qui se feront, soit en avant, soit en arrière, seront décrits sous le nom de DÉVIATIONS.

**Versions.** — L'utérus vient-il à basculer sur son axe de suspension, autour d'un axe transversal fictif, c'est la *version*. Si le fond se dirige en avant, c'est l'*antéversion*. Quand il se porte en arrière, on est en présence d'une *réversion*. Dans ces conditions, l'angle formé par le corps sur le col n'a pas changé; si le fond se dirige sur le côté et le col en sens inverse, c'est la *latéversion*.

**Flexions.** — Le corps et le col peuvent changer de position, l'un par rapport à l'autre, sans qu'il y ait ni abaissement, ni élévation du point fixe, de la charnière utérine. L'altération dans la situation respective des deux segments utérins constitue la *flexion*. Le corps utérin s'est fléchi sur le col qui est resté à peu près dans sa situation normale. L'*antéflexion* est constituée par ce fait, que le fond de l'utérus s'est porté en avant et que le col, au lieu de suivre le mouvement opposé et de se diriger en arrière, est resté à la même place. La courbure normale est exagérée. La *réflexion* est la situation inverse: le fond de l'utérus est en arrière et le col n'a pour ainsi dire pas changé de position. La *latéflexion* n'est autre que la déviation latérale du corps sur le col dont la direction ne change pas.

L'utérus peut subir un déplacement, la masse en être projetée: 1° en haut; 2° en bas; 3° en avant; 4° en arrière; 5° sur les côtés.

1° *Élévation.* — Le déplacement en haut constitue l'élévation, qui est produite le plus souvent par une tumeur solide ou une collection liquide qui soulève et repousse l'utérus au-dessus du bassin. Ce déplacement n'a pas une grande importance.

2° *Abaissement.* — Le déplacement par en bas n'est autre que l'abaissement du prolapsus.

3° *Antéposition.* — L'utérus peut être repoussé en avant, de telle sorte que l'orifice externe ne se trouve plus à égale distance, ou à peu près, de la symphyse pubienne et du sacrum, mais très rapproché de la partie antérieure de la ceinture pelvienne.

4° *Rétroposition.* — La rétroposition est le déplacement en arrière. L'organe de la gestation est près de la paroi pelvienne postérieure.

5° *Latéposition.* — Dans la latéposition droite, l'utérus, au lieu

d'être dans la ligne médiane, à égale distance des parois latérales de l'excavation, se trouve porté du côté droit. La latéposition gauche est le déplacement en sens inverse; l'utérus est porté en masse à gauche de la ligne médiane.

**Inversion utérine.** — L'utérus peut subir une déformation toute spéciale: il peut se retourner sur lui-même. Le fond de l'organe s'affaisse, se déprime et vient faire saillie entre les lèvres du col ou dans le vagin. La muqueuse utérine du corps se présente dans la cavité du col ou dans celle du vagin. La face péritonéale de l'utérus est déprimée en forme de coupe.

**Hernies de l'utérus et des annexes.** — Les annexes et l'utérus peuvent se rencontrer dans différents trajets herniaires (inguinal, crural, etc.). Il suffit de signaler les faits de ce genre.

Il s'en faut que ces différents déplacements de l'utérus aient tous la même importance.

L'élévation, par exemple, ne mérite qu'une simple mention. Sans doute, il n'est pas indifférent de reconnaître l'existence de l'utérus au-dessus du bassin et surplombant une tumeur qui le repousse par en haut. Mais l'histoire de ce déplacement de l'utérus vers la cavité abdominale est peu intéressante et l'élévation utérine n'est, en somme, qu'un signe de certaines tumeurs. Les latéversions et les latéflexions n'ont pas de signification propre et sont simplement fonction d'une ancienne inflammation ou d'une tumeur qui repousse l'utérus et qui domine la scène, tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue des indications opératoires. Il n'en sera donc pas plus longuement question dans ce traité.

Au contraire, les déviations en avant et en arrière, l'abaissement et l'inversion utérins, seront successivement passés en revue.

Nous commencerons le chapitre des déplacements par des *considérations générales sur les déviations*. On établira d'abord qu'elles existent comme entité morbide.

La *situation de l'utérus* devra être précisée, afin de servir de base à l'étude des déviations. Elle sera suivie de quelques considérations sur les *mouvements physiologiques*, sur la *statique pelvienne* et sur la *cause des déplacements par insuffisance du diaphragme pelvien*.

Une explication sera nécessaire pour bien définir les *versions* et les *flexions* et en tirer quelques conséquences au double point de vue étiologique et pathogénique.

Il y aura lieu de décrire ensuite la *mobilité anormale de l'utérus*, l'*antéversion*, l'*antéflexion*, la *réversion-flexion*, le *prolapsus* et l'*inversion utérine*.

#### Considérations générales sur les déviations.

DE LA DÉVIATION COMME ENTITÉ MORBIDE. — L'étude des déviations et du prolapsus de l'utérus est une des questions les plus complexes et

les plus difficiles de la gynécologie. Les nombreux travaux qui ont été publiés, tant en France qu'à l'étranger, ne sont pas encore parvenus à jeter une lumière complète sur un des points les plus intéressants de la pratique gynécologique.

A un moment, la déviation utérine était considérée comme une quantité négligeable. Plus tard, à l'instigation de Velpeau, la situation anormale de l'utérus était comme le pivot autour duquel gravitait toute la pathologie féminine. Tous les maux dont une patiente pouvait se plaindre et qu'il était possible de localiser plus ou moins dans le bas-ventre étaient systématiquement rapportés à une déviation de la matrice. L'iatro-mécanisme régnait avec un souverain despotisme et aboutissait à la méconnaissance et à l'oubli de tous les facteurs pathologiques qui président à la genèse et à l'évolution des maladies de l'utérus. Une réaction devait se produire. Sous l'inspiration de Bennet et de nombreux auteurs dont la liste serait longue à publier, l'inflammation de la matrice acquit dans la pathologie des organes génitaux une place prépondérante. La métrite absorba à ce point l'attention que tous les phénomènes, jadis attribués à la situation vicieuse de l'utérus, étaient mis sur le compte de l'inflammation utérine. Sans doute l'étude des déviations et du prolapsus ne fut jamais négligée entièrement. Ils conservaient leur place dans le cadre nosologique et des chapitres étaient toujours consacrés aux différentes variétés des déviations utérines. Ce n'est pas cependant que des attaques vives ne fussent dirigées contre ceux qui proclamaient la nécessité de maintenir les attitudes anormales et l'abaissement de l'utérus dans la nosologie gynécologique. L'entité des déviations était même mise en question par des hommes instruits.

LÉSIONS PÉRI-UTÉRINES ET DÉVIATIONS. — Même dans ces derniers temps, alors que la pathologie féminine subissait l'incroyable transformation que l'on sait, la symptomatologie des déviations restait dans la pénombre. L'on n'était pas éloigné d'admettre que les troubles accusés par une femme qui avait l'utérus culbuté en arrière étaient sous la dépendance de l'infection des organes génitaux. L'étude anatomique et bactériologique des métrites, les lésions annexielles si fréquentes, révélées par la laparotomie, avaient à ce point hypnotisé les gynécologistes qu'on en était à peu près arrivé à dénier à la déviation le pouvoir de déterminer par elle-même des troubles suffisants pour obliger les femmes à avoir recours aux conseils d'un homme de l'art.

Qu'il y ait lieu de faire entrer en ligne, dans l'étiologie et la pathogénie, l'inflammation de l'utérus et les lésions péri-utérines, le fait n'est pas douteux ; mais il est absolument faux de déclarer que ces infections utérines et péri-métritiques soient tout et que la déviation ne soit rien. S'il en fallait une preuve péremptoire, il suffirait de citer les cas de rétroversion aiguë s'accompagnant de symptômes à grand

fracas et à allure parfois inquiétante. La reposition de l'utérus en situation normale amène immédiatement la cessation de tous les accidents ou du symptôme prédominant. Il est évident que, dans ces conditions, il ne peut être question de faire intervenir l'influence de la métrite ou celle des lésions péri-méto-salpingiennes.

MOBILITÉ UTÉRINE. — Un chirurgien, qui occupe une situation considérable dans le mouvement gynécologique français, a avancé, au Congrès de Genève, que les troubles imputés jusqu'ici à la déviation en arrière de l'utérus étaient attribuables à la mobilité excessive de la matrice. Les syndromes cliniques désignés sous les noms de rétroversion et de rétroflexion ne constitueraient pas des entités morbides. Ils ne seraient considérés comme des affections spéciales que par une tradition ancienne qui devrait être aujourd'hui réformée.

Une telle doctrine est le retour à d'anciens errements et il semble utile de la combattre puisqu'elle émane de la plume autorisée de M. Pozzi, le très distingué gynécologiste de l'hôpital Pascal.

La *mobilité excessive* dont il sera question ultérieurement n'est ni la rétroversion ni la rétrodéviation. Cette mobilité exagérée se caractérise par l'instabilité de l'utérus qui se porte tantôt en avant, tantôt en arrière, avec une facilité beaucoup trop grande. Le fond de l'organe séjourne momentanément dans le cul-de-sac de Douglas, alors même que la vessie est vide, mais — fait important — il revient spontanément en antécourbure. La rétrodéviation est le déplacement permanent de l'utérus en arrière. Somme toute, la mobilité exagérée de la matrice est le premier degré des troubles dans la statique pelvienne, c'est la première manifestation de l'insuffisance dans les moyens de soutien et de fixité de l'utérus. Il ne faut pas confondre cet état avec la rétrodéviation qui peut lui succéder ou s'établir d'emblée et qui se manifeste par la perte de la mobilité normale.

Une conclusion s'impose : la déviation utérine constitue une entité morbide et mérite d'être étudiée dans toutes ses manifestations.

Ce qui a singulièrement embarrassé les cliniciens qui ont porté surtout leurs investigations sur le prolapsus et les déviations, c'est le vague qui règne dans certains esprits, dans les traités et les mémoires originaux, sur la statique pelvienne et sur la situation normale de l'utérus.

STATIQUE PELVIENNE. — Il faut parcourir les études originales et souvent intéressantes qui ont été écrites sur la statique pelvienne pour constater de quelle façon différente les auteurs ont envisagé cette importante question. Les uns ont soumis les diverses forces qui peuvent agir sur les organes pelviens à une étude approfondie au point de vue mécanique. Les plans qui composent la charpente du plancher pelvien ont été savamment décomposés. Chaque pièce a été examinée séparément, ou les unes comparées aux autres, dans leurs

rapports avec les matériaux et avec les autres moyens de sustentation. Le problème a été réduit en équations et toutes les difficultés de l'arithmétique et de la géométrie ont été soulevées et résolues pour permettre de trouver, au gré des auteurs, une solution mathématique.

D'autres chercheurs ont formulé des conceptions beaucoup moins savantes, quoique fort ingénieuses et captivantes. Il y aura lieu de les soumettre au crible de la critique et de relever ce qu'il y a d'hypothétique dans chacune d'elles.

Ces théories, si sujettes à caution soient-elles, ne sauraient être passées sous silence. Il faudrait en dégager une qui permette d'expliquer les faits et qui puisse servir de clef de voûte à l'édifice si complexe constitué par le plancher pelvien.

**Situation normale.** — L'étude des déviations est obscure parce qu'il y aurait lieu tout d'abord de préciser quelle est la situation normale de l'utérus.

Cette notion, qui semble si simple et si primordiale, n'a été établie d'une façon définitive qu'à une époque peu éloignée de nous. Ce n'est que dans ces derniers temps que l'on est parvenu à se mettre d'accord pour préciser la direction de l'utérus.

Les investigations cliniques sont parfois discutables et ne sont pas exemptes de causes d'erreur. Elles manquent de cette rigueur scientifique qui ne laisse pas prise au doute. D'autre part, les recherches cadavériques ont conduit quelques anatomistes à émettre des opinions manifestement erronées. Les constatations faites sur la position de l'utérus, après la mort, ne répondent pas à l'exacte situation de la matrice chez la femme vivante. Les phénomènes cadavériques et la position du corps sur la table de dissection suffisent à expliquer les changements qui se produisent dans la direction de la cavité utérine.

C'est ainsi que les opinions les plus contradictoires ont été émises sur la position normale de l'utérus. Charpy pouvait écrire avec juste raison : « Que l'on prenne l'utérus vide ou plein, fœtal ou adulte, vierge ou multipare, et qu'on le suppose en position quelconque sur un arc de cercle de 90° allant de la verticale à l'horizontale, cette position a été réellement observée et affirmée comme étant la position normale. »

L'utérus est dans l'axe du détroit supérieur, ou peu s'en faut (Cruveilhier, Sappey, Tillaux, Richet, Freund, Pirogoff, Gaillard Thomas, etc.). Pour d'autres auteurs, la matrice est en antédéviations, antéversion ou antéflexion (Schultze, Fritsch, Schroeder, etc.). Enfin on a soutenu que l'utérus était en rétroversion. C'est Claudius qui, en 1865, affirme que telle est la position de l'utérus sur le cadavre, et cette opinion est partagée par Henle, Rudinger, Braune, etc. Il n'y a pas très longtemps, Charpy concluait de ses recherches que « la position en rétroversion de l'utérus mort, comme position habituelle, est

certaine et la position de l'utérus vivant, incertaine ». Il faut donc, disait-il, pour le moment, s'en tenir à la première comme représentant le type normal.

Ces opinions opposées n'étaient pas faites pour jeter une lumière bien vive sur l'étude clinique des déviations. Si l'on n'est pas d'accord sur la position normale de l'utérus, comment pouvait-on rapporter des troubles quelconques à un changement permanent dans la situation correcte et physiologique de la matrice ?

Il faut le répéter, cette situation a été déterminée par les gynécologues, et s'il existe quelques divergences entre eux, elles sont peu considérables.

Une autre pierre d'achoppement dans l'étude des déviations était la part qui revenait aux complications péri-utérines dans les manifestations symptomatiques constatées chez des femmes dont l'utérus était en position vicieuse.

**LAPAROTOMIE ET DÉVIATION.** — La laparotomie a permis de se rendre compte de la fréquence des lésions péri-méto-salpingiennes qui accompagnent la déviation en arrière, en particulier. Mais, grâce à l'ouverture de la cavité abdominale, l'homme de l'art pratique pour ainsi dire une autopsie sur le vivant et l'on a pu constater ce que la clinique proclamait déjà, à savoir l'existence des déviations indépendamment de toute lésion du côté des trompes, des ovaires, des tissus et des organes voisins. Par la cœliotomie, par l'examen direct des organes contenus dans le petit bassin, par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, on est arrivé à cette conclusion que, dans certains cas, la rétroversion ou la rétroflexion est seule en cause, tandis que, chez d'autres malades, la déviation utérine n'entre pour rien dans le complexe symptomatique et disparaît, pour ainsi dire, devant la lésion dominante, l'inflammation péri-utérine qui fixe la matrice en vicieuse situation.

Ces considérations générales n'étaient peut-être pas inutiles, au seuil de cette étude, pour en démontrer l'importance et la difficulté, et pour permettre d'affirmer que la déviation utérine, en dépit des opinions anciennes et récentes, mérite d'avoir sa place dans la nosologie.

La défectueuse canalisation qu'elle produit, la stagnation des liquides contenus dans la cavité cervico-corporéale qu'elle détermine, la congestion vasculaire qui en est la conséquence, les phénomènes de compression et d'irritation, ainsi que les réflexes que l'on constate, sont assez caractérisés pour mettre le clinicien et le chirurgien dans l'obligation d'intervenir pour remédier aux troubles de la statique pelvienne.

**PERTE DE L'ÉQUILIBRE PELVIEN ET DÉVIATION UTÉRINE.** — La coutume, a prévalu d'étudier spécialement les déplacements que subit l'utérus par suite des changements apportés à la statique pelvienne, et de

ramener presque tous les troubles éprouvés par la femme à la perte de l'équilibre utérin. La dislocation du diaphragme pelvien entraîne des changements de position de tous les organes contenus dans le petit bassin. L'importance de premier ordre qui est dévolue à la matrice, les phénomènes pathologiques qui se manifestent quand l'utérus n'occupe pas sa situation normale, les troubles qui ont pour origine cet organe lui-même (hémorragies, etc.) et qui disparaissent quand il est ramené en bonne position, font que, dans la perte de l'équilibre pelvien, c'est l'utérus qui est incriminé presque exclusivement. Sans doute, on connaît les déplacements d'autres organes, en dehors des déviations et du prolapsus utérins, mais quand la matrice a perdu sa position normale et que cet état s'accompagne de changements de situation de l'ovaire, du rectum, etc., de tractions exagérées, qui s'exercent sur les ligaments, etc., on est disposé à rapporter tous les symptômes à la matrice elle-même plus ou moins abaissée ou déviée. Il serait plus rationnel d'envisager l'ensemble des différents états produits par la dislocation du plancher pelvien et de chercher le rôle dévolu à chaque organe dans le complexe symptomatique que de faire systématiquement dériver tous les troubles de l'organe qui, par son changement marqué de position, attire plus spécialement l'attention. Mais une telle étude serait bien difficile et, au risque d'accorder aux modifications de position de l'utérus une importance trop grande, il semble préférable de se conformer à l'usage classique et de viser d'une façon spéciale l'utérus dont la situation dans le bassin donne, le plus souvent, la mesure de la solidité ou de la faiblesse des éléments qui constituent le diaphragme pelvien.

**DÉVIATIONS ET PROLAPSUS.** — Au point de vue théorique, les déplacements de l'utérus doivent être étudiés suivant que l'organe se dirige en avant, en arrière, sur l'un des côtés ou qu'il subit une descente ou une élévation. Dans le premier cas, le niveau de l'organe reste immuable dans le sens vertical. La matrice oscille d'avant en arrière autour d'un point fixe, sorte de pivot qui permet le déplacement dans le sens antéro-postérieur ou latéralement, mais qui met obstacle à tout abaissement par ses solides attaches. Ce groupe comprend les déviations.

Au contraire, les moyens de fixité et de soutien viennent-ils à faire défaut, l'utérus ne se trouve plus situé au même niveau. Il se produit une chute, une descente, un prolapsus de la matrice.

Sans doute il est bon de procéder successivement à l'étude des déviations et à celle du prolapsus. Mais on ne saurait dissocier complètement ces deux ordres de déplacement, les séparer entièrement.

Qu'il s'agisse de déviation, d'un prolapsus utérin, d'un prolapsus vaginal, il faut savoir que l'on est en présence d'un trouble de la statique pelvienne. Il est bien exceptionnel que la perte de l'équilibre

de l'utérus se manifeste exclusivement dans le sens antéro-postérieur ou dans le sens vertical et réalise le type idéal de la déviation ou du prolapsus. La rétroflexion et la rétroversion de l'utérus, qui constituent les déviations les plus importantes, sont ordinairement associées à un certain degré de prolapsus qui les précède et qui sert aussi d'amorce à la culbute de l'utérus en arrière. Le plus souvent le prolapsus complet ne peut se manifester que par suite d'un changement de position de l'utérus qui se dirige d'avant en arrière et se met dans l'axe du vagin, position qui favorise singulièrement le déplacement par en bas.

Le lien commun qui unit et la déviation et le prolapsus, c'est la perte de l'équilibre utérin, c'est le trouble apporté dans la statique pelvienne par l'affaiblissement des moyens de fixité et de soutien, par la dislocation d'une ou plusieurs des pièces qui constituent la charpente, le diaphragme pelvien.

**Situation de l'utérus.** — D'après Nagel, le cordon génital, chez l'embryon qui a 25 millimètres, présente une courbure dorso-ventrale dont la concavité regarde en avant. Un angle obtus qui correspond au point où sera l'orifice externe du col se montre au milieu de cette courbe. Plus tard, l'inclinaison en avant du futur utérus sur le vagin ira en s'accroissant et, quand l'embryon aura de 6 à 12 centimètres, une nouvelle inflexion se produira : la partie qui deviendra le corps de l'utérus est presque horizontale.

Après le sixième mois de la grossesse, l'utérus est toujours en antéversion-flexion (Kölliker, Langerhans, Nagel).

Cependant Küstner professe que, chez le nouveau-né, le corps utérin fait parfois un angle avec le col, mais il arrive aussi que les deux segments se trouvent sur la même ligne.

Chez l'adulte, dans la station verticale, l'utérus, envisagé dans son ensemble, est presque horizontal, le fond regardant la symphyse pubienne et le col dirigé en arrière. Chez la jeune fille, en particulier, l'axe du corps peut être considéré comme ne s'éloignant pas de l'horizontale.

Le fond de l'utérus se rencontre à peu de distance de la symphyse, derrière elle. L'orifice externe du col n'est éloigné que de 2 centimètres de l'articulation sacro-coccygienne. Il se trouve, à la naissance, dans le plan des deux épines sciatiques et à égale distance de la symphyse pubienne et de la paroi postérieure. Chez l'adulte, cet orifice se rapprocherait davantage de l'articulation sacro-coccygienne.

Une ligne horizontale passant au bord supérieur de la symphyse et aboutissant à l'articulation sacro-coccygienne ou à la première pièce du coccyx rencontre l'orifice externe.

Une horizontale menée sur le fond de l'utérus atteint la quatrième et même la troisième lombaire (Voy. fig. 21).

L'utérus peut s'abaisser ou s'élever dans certaines limites physio-