

logiques. C'est ainsi que, dans la position génu-pectorale, il s'élève; il suit le même mouvement dans la position de Trendelenburg. Il s'abaisse un peu dans la station verticale et, pour bien apprécier la situation de l'utérus quand on soupçonne un prolapsus génital, il faut toucher la femme dans la position debout, les jambes écartées. Sous l'influence d'un effort, la matrice s'abaisse davantage et remonte après la cessation de l'effet de la pression abdominale excessive que l'organe a supportée.

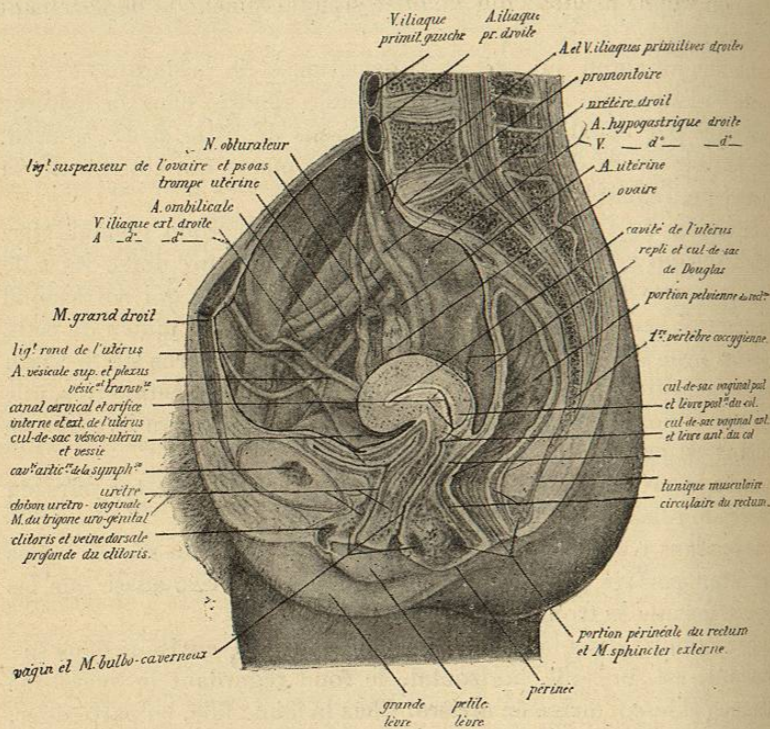


Fig. 21. — Situation normale de l'utérus (d'après Waldeyer).

L'utérus a la même situation chez la nullipare et chez celle qui a eu plusieurs enfants. Cependant, chez la vieille femme multipare, la matrice est généralement plus bas placée que chez la jeune fille.

On a déjà vu à quel niveau correspondait l'orifice externe. On peut se demander quand et comment il est permis de regarder un utérus comme abaissé.

Théoriquement, l'extrémité inférieure de la lèvre antérieure du col n'est pas située plus bas que le tiers supérieur de la symphyse pubienne et correspond, en arrière, à la deuxième coccygienne. Pratiquement on peut dire, avec Aron, que le col se trouve à 6 centimètres de la vulve chez la femme qui a eu plusieurs enfants et à 7 ou 8 chez la vierge. Ces mesures ne sont pas très précises; elles sont, en outre,

sujettes à des variations individuelles; mais, telles qu'elles sont données, elles peuvent avoir une certaine valeur dans l'appréciation de la situation de l'utérus.

Antéversion. — Couché sur la vessie qui en conserve l'empreinte, l'utérus, horizontalement situé, est en antéversion (fig. 22). En outre, comme il a été dit, il existe à l'état normal un certain degré d'antéflexion. Le corps utérin, portion mobile, est fléchi sur le col, segment relativement fixe.

Antéflexion. — Quelle est la limite de l'antéflexion normale? Cette question n'est pas résolue d'une façon définitive. D'après Wylie, l'angle formé par l'axe du canal cervical avec celui du corps varie normalement entre 165 et 135°. La limite de l'antéflexion normale serait, au dire de Fritsch, de 90°, tandis que, pour Schultze, elle atteindrait 48°. La vérité semble être entre ces chiffres extrêmes et l'on peut admettre que l'inclinaison du corps sur le col oscille généralement entre 80 et 100°, tout en reconnaissant que l'angle peut être plus aigu sans qu'il ne se manifeste de ce chef aucun trouble dans le fonctionnement de l'organe utérin.

De plus, l'angle de flexion est ordinairement plus apparent chez la nullipare que chez la femme qui a eu plusieurs accouchements.

L'utérus est donc en antéversion-flexion. Mais certains auteurs font remarquer que, sur la paroi antérieure de la matrice, il n'existe pas toujours un point précis où se fait la flexion, un angle proprement dit. Aussi préfèrent-ils dire que l'utérus, considéré dans son ensemble, est en antéversion avec antécourbure. Cette distinction est un peu subtile. Cependant elle mérite d'être signalée. Pour certains gynécologistes, en effet, toute flexion est l'indice d'un état pathologique portant sur le parenchyme utérin. Aussi reconnaissent-ils l'antécourbure comme un état physiologique et rangent-ils l'antéflexion dans le cadre pathologique.

On admet que l'utérus est généralement en légère latéro-version droite; d'autres auteurs (Waldeyer), au contraire, pensent qu'il existe

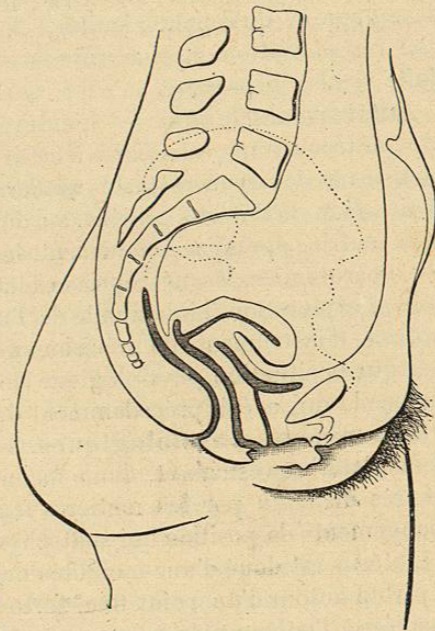


Fig. 22. — Coupe en profil du bassin d'une femme vierge, situation normale de l'utérus dans l'état de vacuité de la vessie (d'après Schultze).

plus souvent un certain degré de latéversion gauche. Il ne s'agit ici que d'une déviation latérale sans importance, fort inconstante et négligeable dans la pratique.

Telle est la situation normale de l'utérus tant que la vessie et le rectum sont vides. Cette position persiste depuis l'état de vacuité jusqu'à l'état de moyenne distension du réservoir urinaire. On sait que l'utérus est repoussé en arrière quand la vessie vient à se dilater davantage et qu'il peut résulter, de l'excès de distension vésicale, une rétrodéviation utérine qui cesse dès que la cause qui l'a produite vient à disparaître.

Antéversion-flexion. — L'antéversion-flexion, ou antéversion avec antécourbure, est admise à cette heure par la majorité des anatomistes et des gynécologistes modernes. Les études sur l'embryon, la situation de l'utérus gravide, au début de la grossesse, la position de la matrice après l'accouchement, les investigations faites au cours des laparotomies, les nécropsies exécutées dans de bonnes conditions, l'exploration bi-manuelle de l'utérus, l'introduction, dans la matrice, d'instruments de précision, permettent actuellement d'affirmer que la situation physiologique de l'utérus, à l'état typique, est bien celle qui a été précédemment décrite.

Mouvements physiologiques. — Sans doute, sous l'influence de la dilatation vésicale et, d'une façon moins nette, quand le rectum est très distendu par les matières fécales, la matrice présente des changements de position qui sont physiologiques.

L'utérus est doué d'une mobilité dont les limites seront indiquées. Il pivote autour d'un point fixe, sorte de charnière, que l'on peut localiser à l'isthme utérin.

Quand la miction, à la suite de la distension du réservoir urinaire, vient à se produire, le corps de l'utérus, d'abord mobilisé par la vessie et chassé en arrière, suit le mouvement de la paroi vésicale et revient en avant, à sa position primitive, c'est-à-dire à celle qu'elle occupe à l'état stable, au moment où la vessie vide ne joue plus vis-à-vis de l'utérus qu'un rôle passif.

La distension de la vessie est l'origine des mouvements les plus constants et les plus étendus de l'utérus. Ces mouvements s'effectuent suivant un arc de cercle qui est placé dans le plan médian et qui peut atteindre 60 à 70 degrés (Testut).

On verra, dans le chapitre consacré à la statique pelvienne, l'influence exercée sur la situation de l'utérus par la marche, les différentes positions du corps, etc. Le déplacement en masse des anses intestinales, les contractions des muscles abdominaux sont autant de forces qui concourent à maintenir l'utérus dans une position normale, fort variable, il est vrai.

Si porté en arrière que soit un utérus, on ne peut appliquer à cette situation le nom de déviation que si l'organe reste en position anor-

male, même quand la vessie se vide. D'une façon générale, l'idée de déviation implique la fixité et la stabilité dans une position vicieuse. La limitation extrême ou la suppression des mouvements normaux est un caractère essentiel des déviations. Tant que la matrice repoussée en avant ou en arrière revient spontanément en situation normale, après la disparition d'une cause physiologique qui produit le déplacement temporaire, on ne peut pas dire qu'il y ait déviation.

On peut concevoir la déviation indépendamment de toute fixation de l'utérus dans une position anormale par des lésions périmétriques. Il s'agit d'un trouble pur dans la statique pelvienne, d'un relâchement portant, par exemple, sur un ou plusieurs ligaments.

Dans d'autres cas, la matrice est vicieusement placée et maintenue en place par des adhérences. Soit que l'on fasse intervenir la périmétrite postérieure de Schultze, la paramétrite atrophiante de Freund, l'inflammation tubo-ovarienne sous toutes ses formes, il y a, dans ces cas, intervention d'un nouveau facteur pathogénique qui doit entrer en ligne de compte et être pris en sérieuse considération, au point de vue du traitement surtout.

La déviation par insuffisance des moyens de suspension et de soutien doit être différenciée de la déviation produite par des brides et des adhérences qui sont le résultat d'une inflammation péritonéale développée autour de l'utérus. Mais il faut savoir qu'un utérus dévié et mobile par suite d'un trouble dans la statique pelvienne, d'une insuffisance ligamentaire, peut devenir adhérent par l'intervention d'une inflammation (paramétrite ou plus souvent propagation d'une annexite). Si donc la déviation est parfois due d'emblée à une infection péritonéale (inflammation péri-méto-salpingienne) qui fixe l'utérus en position anormale, il n'en est pas moins vrai que le déplacement en avant, en arrière, etc., d'abord mobile et d'origine ligamentaire, peut se transformer en déviation adhérente par l'intervention secondaire de l'inflammation péritonéale et la production d'adhérences plus ou moins fermes.

La déviation mobile, résultat d'un trouble permanent dans la statique pelvienne, peut être aisément comprise par quelques exemples qui feront saisir la pathogénie de ces déplacements.

Dans l'étude du diaphragme pelvien, on peut constater l'existence de deux segments, l'un en avant du centre de suspension (isthme) de l'utérus, l'autre en arrière. Les ligaments utéro-sacrés situés à la partie postérieure de la matrice et les ligaments ronds en avant de l'utérus jouent respectivement un rôle qu'il est facile d'expliquer et qui donne la clef des déviations, si on veut bien les concevoir d'une façon un peu schématique et simpliste.

Si le diaphragme pelvien est parfaitement tendu d'avant en arrière, du sacrum au pubis, la statique est normale; l'utérus reste en antécourbure ou y revient spontanément.

Supposons que le segment pubien ou antérieur vienne à faire défaut, tandis que le segment postérieur ou sacré reste normal et bien tendu, il se produira une antéversion. (Plus loin, on verra comment il faut interpréter la flexion et la différencier de la version.)

Si la partie postérieure du diaphragme pelvien vient à être au-dessous de sa tâche, si, en particulier, les ligaments utéro-sacrés sont relâchés, les ligaments ronds, par leur action parallèle et synergique, peuvent compenser dans une certaine mesure l'affaiblissement des ligaments de Douglas. Si la partie antérieure du plancher cède à son tour, si les ligaments ronds se laissent distendre, le fond de l'utérus bascule en arrière : c'est ainsi qu'est constituée la rétrodéviation.

Il sera facile de comprendre que les lésions si complexes qui portent sur les ligaments, sur les aponévroses et les muscles du diaphragme pelvien, amènent presque fatalement, en même temps que les déviations proprement dites, une chute de l'utérus qui, étant mal suspendu par des tissus trop lâches, distendus, déchirés, atrophiés, descend plus ou moins. Ainsi la déviation se trouve associée au prolapsus.

Considérations sur les versions et les flexions.

La version et la flexion, dont la définition a été donnée page 286, ont été envisagées d'une façon différente par les auteurs. Les uns ne regardent pas la flexion comme une véritable déviation, mais comme une déformation de l'utérus qui peut exister isolément ou s'associer à la véritable déviation ou version. Loin de considérer la flexibilité de l'utérus au niveau de sa charnière comme un état normal, ces gynécologues admettent que toute exagération de l'angle normal de flexion est l'indice d'un état particulier qui n'a rien à voir avec la bascule de l'utérus en avant ou en arrière, ou sur les côtés. A leur sens, le fond de l'utérus, lorsqu'il est repoussé en avant ou en arrière, s'incline et entraîne en sens inverse le col qui suit le mouvement imprimé au corps. Il y a donc version. Si la flexion se produit, c'est qu'il y a intervention d'une cause étrangère au déplacement proprement dit, cause qui peut résider en dehors de l'utérus ou qui provient d'une inflammation du parenchyme utérin. La flexion est donc une déviation compliquée de déformation.

D'autres gynécologues, au contraire, estiment que le fond de l'utérus repoussé en avant ou en arrière commence par faire appel à la flexibilité normale qui existe au niveau de la portion intermédiaire au col et au corps et s'infléchit. La flexion est donc une déviation et une déviation non compliquée d'altération du parenchyme utérin. Que si le parenchyme utérin a perdu ses propriétés, que si la charnière cervico-utérine n'existe pour ainsi dire plus ou est devenue rigide par le fait d'une inflammation, le corps ne peut plus s'incliner en avant ou en arrière sans repousser dans un sens opposé le col utérin. L'uté-

rus serait comparable à une tige rigide dont le centre de mouvement serait entre le fond et l'orifice externe. Si le fond se porte en avant, l'autre extrémité de la tige se dirige invariablement et proportionnellement en arrière. Si le fond est repoussé en arrière, le col suit exactement le mouvement en sens inverse, sans qu'il y ait la moindre flexion au niveau de l'isthme.

Les partisans de la seconde théorie (existence d'une flexibilité normale) continuent à penser que la flexion est une déviation et une déviation moins grave que la version. La version serait la preuve d'une complication qui transforme un organe relativement souple en une tige immuable et rigide.

Les protagonistes de la première théorie considèrent la version comme la seule véritable déviation en avant ou en arrière et la flexion comme une déformation indépendante, comme un état plus grave que la version, en ce sens qu'il se complique d'une lésion du parenchyme rendu inextensible et rigide.

La vérité ne semble pas être comprise dans l'une ou l'autre de ces hypothèses. Comme Martin l'a avancé, il n'est pas rare de voir une version se transformer en flexion et l'association de la version à la flexion, l'antéverso-flexion, est assez fréquemment observée.

Il existe une flexibilité normale utérine et, si peu considérable qu'on veuille bien l'admettre, elle n'en est pas moins une réalité. La flexion se produit quand le segment antérieur et le segment postérieur du plancher pelvien ne sont pas également relâchés et affaiblis. Si l'on veut bien remarquer ce qui se passe dans la rétrodéviation, voici ce que l'on observe quelquefois : production d'une rétroversion parfaitement mobile. On peut pratiquer la reposition de l'utérus et on remet l'utérus en antéverso-flexion.

Dans certains cas, sous l'influence de l'inflammation, la flexibilité normale qui existait auparavant disparaît, et quand on vient à réduire l'utérus en position normale, l'axe utérin est droit. La flexion normale ne se produit pas. Le parenchyme est devenu inflexible par l'inflammation.

Plus souvent, à cette rétroversion dont il a été question succède une flexion de plus en plus exagérée. L'isthme est maintenu suspendu à une certaine hauteur. Le col reste pour ainsi dire fixe et dans une position invariable ; le corps, au contraire, repoussé progressivement, s'infléchit et l'angle formé entre le corps et le col devient de plus en plus aigu. La flexibilité utérine est mise à contribution au maximum et la flexion devient de plus en plus grande. Dans ces conditions, si l'on vient à redresser l'utérus, on peut lui faire encore prendre sa position normale et tout utérus rétrofléchi n'est pas, comme on l'a dit, un utérus dont les parois sont dures et inflexibles. Mais il arrive que la rétroflexion se complique d'une inflammation utérine qui ne permet plus à l'utérus remis en place de reprendre sa