

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

courbure normale. La flexion qui s'est produite a été accompagnée d'une inflammation qui a supprimé la flexibilité normale. Lorsque la reposition manuelle a ramené le fond en avant, le col reste fléchi en arrière et l'orifice externe regarde en haut et en arrière. Dans cet état spécial, la rétroflexion, avec rigidité des parois au niveau de l'angle de flexion, peut être considérée comme une déformation qui complique la déviation et l'aggrave au point de vue thérapeutique.

Somme toute, il faut considérer les versions et les flexions comme de véritables déviations qui peuvent se compliquer de rigidité utérine, la flexion plus souvent que la version. Certainement, l'anté- et la rétroversion se présentent plus ordinairement avec des caractères de simplicité et sans complications utérines ou péri-utérines. Mais, le plus souvent, les facteurs qui produisent ces deux ordres de déviation (flexion ou version) sont les mêmes, les symptômes se ressemblent singulièrement et le traitement ne diffère guère, et il faut ajouter que la symptomatologie et le traitement de la rétroverso-flexion, c'est-à-dire de la combinaison de la flexion à la version, se rapprochent si étroitement des symptômes et du traitement, soit de la version, soit de la flexion en arrière, qu'on est tenté de faire un seul chapitre de la rétroflexion et de la rétroversion de l'utérus.

Les déplacements de l'utérus, quelle que soit leur direction, ont une communauté d'origine, des liens de parenté tels que l'étude de la pathogénie, faite isolément pour chacun d'eux, entraînerait à des répétitions inutiles et fastidieuses. Un double élément préside à l'évolution de tout déplacement. D'une part, et en premier lieu, la rupture de l'équilibre normal entre les divers éléments de fixité de l'organe; d'autre part, et secondairement, la désorientation de la pression abdominale. Relâchement ou rétraction des ligaments physiologiques ou adhérences d'origine pathologique, tel a été le premier facteur de la déviation; déplacement consécutif du point d'appui de la pression, telle sera la condition de sa persistance.

L'étude préalable de la statique pelvienne régulière permet de comprendre aisément le mécanisme qui préside à chaque déviation, depuis l'exagération de la mobilité normale de l'utérus, jusqu'au prolapsus complet. Si l'on fait intervenir l'élément *inflammation*, qui complique à peu près fatalement ces divers états, on aura la clef de tous les déplacements: nous étudierons donc successivement la *mobilité anormale de l'utérus*, les *déviations* proprement dites: *versions* et *flexions*, puis le *prolapsus* et l'*inversion*.

Statique pelvienne normale et plancher pelvien.

Les différents organes contenus dans le petit bassin sont maintenus dans un équilibre instable, grâce à un appareil suspenseur, à

un appareil de soutènement, à des adhérences celluleuses ou ligamentaires et à des vaisseaux qui, passant d'un plan dans l'autre, ne sont pas sans importance dans la statique pelvienne, comme Herriott l'a avancé depuis longtemps.

Une simple énumération permettra d'avoir une vue d'ensemble sur les moyens de fixité des différents organes.

APPAREIL SUSPENSEUR. — Cet appareil suspenseur est constitué par les ligaments de l'utérus, par les ligaments de la vessie et par les ligaments des ovaires.

Les ligaments de l'utérus sont les ligaments ronds, les ligaments utéro-sacrés, les ligaments larges, les ligaments infundibulo-pelviens et les trousseaux ligamenteux provenant de l'aponévrose pelvienne et qui s'insèrent autour du col (Nicoletis, Mackenrodt).

APPAREIL DE SOUTÈNEMENT. — L'appareil de soutènement est composé: 1° du releveur de l'anus, dont l'action a une importance si grande dans la statique pelvienne; 2° du corps périnéal proprement dit (sphincters anal et vulvaire, transverse du périnée).

ADHÉRENCES CELLULEUSES. — Les adhérences du vagin aux parois du petit bassin et aux aponévroses périnéales, les adhérences de l'urètre, ou plutôt, celles qui existent entre l'utérus et le releveur, enfin et surtout, les adhérences qui unissent la matrice à la vessie constituent les principales de ces attaches.

Situé entre la vessie et le rectum, l'utérus subit l'influence exercée par l'état de plénitude ou de vacuité de ces deux organes.

Lorsque la vessie et le rectum sont vides, l'utérus est en antéverso-flexion, et le centre de suspension de la matrice se trouve au niveau de l'isthme.

La face antérieure de l'utérus se moule sur la vessie qui lui sert de soutien. Lorsque le réservoir urinaire s'emplit, la matrice est soulevée et finit par se diriger en arrière, dans la direction du sacrum. Ce mouvement peut aller jusqu'à la rétrodéviation; mais il est bon de remarquer que la bascule en arrière de l'utérus n'est que temporaire. La déviation cesse dès que la vessie se vide, et l'utérus reprend spontanément et progressivement sa position normale, en même temps que l'urine est évacuée, comme on peut s'en rendre compte à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie distendue.

La réplétion du rectum exerce, de l'avis général, une action sur la position de l'utérus. L'accumulation des matières fécales dans la dernière portion du gros intestin déplace l'utérus en avant et en haut; mais l'influence du rectum sur l'utérus est, en somme, peu marquée, sauf dans les cas de constipation opiniâtre et d'accumulation énorme de matières fécales.

Enfin la position de l'utérus est soumise à des variations incessantes en rapport avec les mouvements respiratoires violents, la marche, le poids de l'organe et les changements de situation du corps.

La matrice est donc un organe essentiellement mobile. Tant que les appareils de suspension et de soutènement dont il sera question conservent leur fonctionnement normal, la pression intra-abdominale concourt à maintenir l'équilibre pelvien.

Le réservoir urinaire vient-il à se vider, l'utérus est ramené en avant dans sa position normale par les ligaments ronds, et ensuite par la pression abdominale qui s'exerce sur le fond et la face postérieure de l'organe.

Si, au contraire, la vessie reste surdistendue et l'utérus maintenu par elle en arrière, la pression abdominale, agissant avec force sur la partie antérieure de la matrice, peut exagérer la déviation, qui disparaît, néanmoins, au moment de l'évacuation vésicale, par le jeu des forces ligamenteuses et musculaires.

Mais si l'appareil ligamenteux vient à faiblir, la pression abdominale, loin de concourir à l'équilibre pelvien, sera la cause efficiente des changements de position des organes contenus dans le petit bassin.

Si l'on étudie la musculature au point de vue de la statique utérine, on remarquera que c'est au niveau de l'isthme que se trouve l'axe de suspension de l'utérus; là aboutissent les insertions ligamenteuses, c'est le point qui reste le plus fixe dans les mouvements et les déplacements de l'utérus. Il se trouve à égale distance du pubis et du coccyx et au milieu d'une ligne menée d'un ischion à l'autre.

Dolérís décrit quatre groupes de ligaments qui maintiennent ou suspendent l'utérus.

Le groupe antérieur est formé par les ligaments ronds, les ligaments propres de la vessie, les ligaments latéraux, et les adhérences médianes qui fixent l'utérus à la vessie et à la paroi vaginale antérieure, enfin les insertions antérieures du faisceau pubien du releveur anal et l'insertion pubienne du fascia iliaca.

Le groupe postérieur est formé par les ligaments utéro-sacrés latéralement; au centre, se trouve l'ensemble des feuillets superposés qui constituent la charpente du cul-de-sac de Douglas (péritoine, fascia pelvien, réflexion musculaire de la colonne postérieure du vagin).

Les groupes latéraux sont formés par les ligaments larges.

Enfin, il ne faut pas oublier le rôle du péritoine.

Ces différents ligaments ont chacun leur rôle dans la statique pelvienne.

Les ligaments ronds sont, à proprement parler, des ligaments antérieurs. Ils ont pour action de maintenir et de ramener le fond de l'utérus en avant. Ils peuvent s'opposer au déplacement de l'utérus en arrière pendant un effort (toux, miction, etc.). Par suite de leur élasticité, l'utérus peut être repoussé en arrière quand la vessie s'emplit, mais quand le réservoir urinaire se vide, les ligaments ronds ramènent le fond de la matrice en avant. Si l'élasticité est à son maximum et si une force nouvelle tend à repousser l'utérus en

arrière, la contractilité des ligaments ronds rentre alors en jeu et maintient l'utérus. Cependant, quelques auteurs n'attachent qu'une importance de second ordre aux ligaments ronds dans la statique pelvienne.

La cloison vésico-utérine est considérée par Van Arx comme un moyen de fixité primordial. Il fait remarquer que la paroi postérieure de la vessie et l'insertion du ligament rond existent à l'état embryologique, sont nettement différenciés et constituent des attaches primitives.

Les ligaments utéro-sacrés ont une action très réelle. Ils sont supérieurs et portent le col en haut. Leur rôle a été bien mis en lumière par Schultze, qui en a peut-être exagéré l'importance. Küstner fait remarquer que ces ligaments ne contiennent qu'un petit nombre de fibres musculaires. Néanmoins, on ne peut donner aux replis de Douglas le droit de concourir au maintien de l'utérus en situation normale.

L'action des ligaments larges a été diversement appréciée. Tandis que les uns ne les considèrent que comme des tuteurs latéraux, destinés à maintenir l'utérus à égale distance du bassin, d'autres leur font jouer un rôle plus important dans la statique pelvienne. Dans tous les cas, la rétraction de l'un de ces ligaments amène une latéro-dévation; par les fibres musculaires, par les vaisseaux qu'ils contiennent et qui se dirigent vers l'utérus, ces ligaments entrent, pour une part, dans la statique pelvienne et dans le maintien de l'utérus en bonne situation.

Il faut faire mention du ligament cervico-pelvien latéral qui aboutit à l'isthme. Nicolélis avait signalé le mode de fixation de la portion cervicale de l'utérus, et ses rapports avec l'aponévrose pelvienne. Mackenrodt a décrit complètement l'appareil ligamenteux qui provient de l'aponévrose pelvienne et qui s'étend en arrière, jusqu'au-dessus du cul-de-sac de Douglas, et arrive en avant, jusqu'à la vessie. C'est le ligament transversal ou ligament large du col (Mackenrodt). Kochs avance que le double ligament transversal suspend mieux l'utérus que ne le fait le ligament utéro-sacré. Quelques auteurs s'accordent à reconnaître que le ligament large du col, le ligament de Douglas et le ligament rond constituent les meilleurs soutiens de l'utérus.

C'est ainsi que l'utérus, obéissant à des forces diverses, aux mouvements qui lui sont imprimés par la vessie, à la pression intra-abdominale, à la pression positive et négative des organes contenus dans la cavité pelvienne, oscille dans des sens divers.

Tant que le plancher pelvien reste solide et conserve sa tonicité, l'utérus ne subit que des déplacements normaux et retourne à sa position physiologique. Mais si le diaphragme est inférieur à sa tâche, des troubles sérieux apparaissent et l'utérus, en particulier, se met définitivement en situation vicieuse.

Nous avons vu comment la pression intra-abdominale agissait sur la matrice. Nous envisagerons dans une vue d'ensemble le plancher pelvien dont le rôle est de résister sans cesse aux effets de cette pression.

Le plancher pelvien de la femme est disposé pour supporter la pression intra-abdominale et pour permettre à l'accouchement de se faire. Il est intéressant de savoir comment il remplit cette double fonction.

Hart et Barbour examinent le diaphragme pelvien suivant une coupe verticale médiane et font remarquer que le plancher pelvien s'étend du pubis au sacrum et se compose de deux segments, l'un pubien, l'autre sacré.

Le segment pubien comprend des tissus souples, c'est-à-dire la vessie, l'urètre, la paroi vaginale antérieure et le péritoine vésical. Il est fixé, en avant, à la symphyse pubienne. Ce mode d'attache est lâche; la vessie et l'urètre, se rencontrant l'un l'autre à angles droits, sont séparés du pubis par le tissu adipeux rétropubien.

Le segment sacré est attaché au coccyx et au sacrum. Le périnée, le rectum, du tissu aponévrotique et musculaire résistant le composent.

Latéralement, le segment pubien s'attache à la paroi osseuse antérieure, tandis que le segment sacré s'insère à la paroi pelvienne postérieure. A droite et à gauche du vagin, ces segments se rencontrent et se confondent.

Or, le segment pubien, composé de tissu lâche, lâchement attaché à la symphyse pubienne, est tiré en haut pendant le travail, tandis que le segment sacré, solide, résistant, fortement attaché au sacrum et au coccyx, est poussé en bas par le travail. La paroi vaginale antérieure sert de limite postérieure au segment pubien, et la paroi vaginale postérieure représente la paroi antérieure de la valve postérieure. Pendant le travail, les deux segments pelviens et sacrés jouent le rôle d'une porte à deux battants s'ouvrant en sens inverse.

C'est le segment sacré, avec le corps périnéal, qui est le véritable soutien; il porte le segment pubien. « La pression abdominale pousse le segment pubien contre le plan oblique du segment sacré qui ferme l'ouverture pelvienne comme une valve; une pression intra-abdominale trop forte déplace, dans le prolapsus utérin, une portion limitée du plancher pelvien, c'est-à-dire tout ce qui est en avant de la paroi rectale antérieure. »

Mais le segment pubien est-il aussi mobile et indépendant que l'admettent Hart et Barbour? Dickenson, Franck, Forster déclarent que ce segment est relié à la paroi postérieure par l'intermédiaire des ligaments utéro-sacrés.

Raunay avance que, sauf sur la ligne médiane, le segment pubien est relié au pubis par les insertions antérieures du corps périnéal.

Il faut en conclure que ce segment postérieur n'est pas une valve mobile et indépendante du segment pubien.

Quoi qu'il en soit, c'est Hart qui a assimilé le prolapsus génital à une hernie. Dickenson, plus tard, a comparé le plancher pelvien au canal inguinal. L'orifice interne correspondrait à l'espace situé entre les ligaments utéro-sacrés.

L'orifice externe serait situé à l'entrée de la vulve dont les parois appliquées étroitement servent de soutien ou d'opercules valvulaires à ces orifices. La pression abdominale applique les valves l'une sur l'autre.

Que les ligaments utéro-sacrés, que les autres moyens de fixité viennent à se relâcher et à manquer, l'orifice interne ou supérieur s'abaisse en avant vers l'orifice inférieur. La déchirure du périnée aggrave la situation, en ce sens que l'orifice inférieur est reporté plus en arrière et se met en face de l'orifice supérieur. Les lésions du releveur contribuent à mettre l'orifice inférieur en regard de l'orifice supérieur, alors même que le périnée n'est pas déchiré.

Que, dans ces conditions, la pression abdominale vienne à augmenter, l'utérus, non soutenu, s'engage dans les deux orifices superposés et, ne trouvant pas d'obstacle suffisant pour s'opposer à sa descente, se met en prolapsus.

Voici la théorie que Doléris développe dans ses leçons depuis longtemps. Le bassin osseux est rempli, à sa partie inférieure, par des tissus qui constituent le plancher ou diaphragme pelvien. Ces tissus sont formés essentiellement par une couche musculaire épaisse et élastique. On peut considérer au diaphragme pelvien une face externe ou cutanée et une face interne, péritonéale, où l'on trouve la vessie, l'utérus, les trompes et les ovaires. La vessie, l'utérus, le rectum, le vagin, l'urètre avec leurs muscles, le tissu conjonctif, les artères, les veines et les lymphatiques, les aponévroses, les divers ligaments annexés aux différents organes susmentionnés, plusieurs muscles forment le diaphragme pelvien. Tandis que la face externe du plancher revêt une forme convexe, sa face profonde est concave.

Considéré dans son ensemble, il est formé de deux étages, de deux diaphragmes superposés, ayant des fonctions distinctes. Il supporte au maximum la pression intra-abdominale quand la femme est dans la position debout, et se trouve être presque horizontal dans l'attitude verticale.

L'étage supérieur comprend la vessie et l'utérus avec leurs muscles et leurs appareils ligamenteux. Si on considère l'ensemble de la disposition musculaire, on peut dire qu'il existe une sangle digastrique antéro-postérieure dont les deux extrémités, fixes, correspondent au sacrum et au pubis, et dont le centre, mobile, est au niveau de l'isthme de l'utérus.

L'étage inférieur est formé par le releveur de l'anus et l'ischio-coccygien et, en avant, par les muscles périnéaux.

Entre les deux étages, existe une ligne de clivage oblique en bas et en avant et constituée par le vagin.

Sur les côtés, se trouve un plan oblique formé par les faisceaux ansiformes du releveur de l'anus.

Le vagin, l'urètre et le rectum entrent aussi, pour une part, dans la constitution de ce plancher.

Comme Doléris le fait remarquer, si les conduits en question sont dans l'état de vacuité et si on considère, d'autre part, l'obliquité de leur direction, on peut se convaincre que les parois s'appliquent l'une sur l'autre, de telle sorte qu'il en résulte comme des feuillets musculaires surajoutés et disposés presque parallèlement aux plans principaux dont l'ensemble constitue le plancher pelvien.

Ces conduits (vagin, urètre, rectum) sont, comme il vient d'être dit, implantés obliquement, et ce fait n'est pas sans importance.

L'utérus est couché obliquement sur le plancher pelvien, son axe est à peu près horizontal. Par contre, le vagin suit une direction inverse de celle de la cavité utérine.

Si l'on compare la direction de la vessie vide et l'axe de sa cavité par rapport à l'axe du trajet urétral, on remarquera que les deux lignes se réunissent à angle très aigu au niveau du col.

En outre, le rectum forme un coude au niveau du diaphragme pelvien.

En résumé, la vessie et l'urètre, d'une part, l'utérus et le vagin, de l'autre, le rectum, dans ses deux directions, forment trois conduits coudés.

Contrairement à ce que l'on serait tenté de croire, ces trajets ajoutent à la solidité du plancher pelvien. Sous l'influence des efforts, les parois s'accolent par oblitération des conduits, en même temps que leur disposition presque parallèle à la direction du plan pelvien fait de ces parois des appareils qui renforcent les différents muscles et aponévroses des diaphragmes supérieur et inférieur.

Telle est la disposition anatomique qui rend compte de la résistance qu'oppose aux effets incessants de la pression intra-abdominale le diaphragme pelvien.

Le plancher, a-t-il été dit, est fait aussi pour répondre aux nécessités de l'accouchement. S'il en est ainsi, le rôle des deux diaphragmes va apparaître et se préciser clairement.

A la fin de la grossesse, écrit Doléris, au moment où le travail va débiter, le segment inférieur de l'utérus est aminci, dilaté, puis rempli par la tête fœtale.

Au-dessus de lui, le corps et le fond de l'organe, plus épais, logent le tronc de l'enfant; au-dessous, le moignon persistant du museau de tanche reste ferme et solide encore. Du pubis au sacrum, par

l'intermédiaire de la paroi vésico-vaginale, des attaches vésicales, des ligaments utéro-sacrés et de la lame de Douglas, le plan pelvien supérieur est tendu et soutient directement l'œuf, qu'il s'agisse d'une primipare bien constituée ou bien d'une multipare qui même aurait subi une rupture périnéale, et dont le diaphragme pelvien inférieur serait lésé.

Le plan diaphragmatique supérieur du bassin se sépare nettement de l'inférieur par la ligne de clivage naturelle du vagin qui, en dehors de l'état de gravidité, est représentée par une ligne oblique allant du col à la vulve et qui, à la fin de la grossesse, devient plutôt une sorte d'Y irrégulier. Ainsi qu'on peut s'en rendre facilement compte, la branche principale de l'Y est représentée par l'axe du conduit vaginal. Les deux autres branches sont dessinées par les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin. La réunion de ces deux branches dessine la face inférieure convexe du diaphragme pelvien supérieur. Cette face inférieure est un plan large et non l'extrémité d'un canal étroit.

Au-dessous du plan du diaphragme pelvien supérieur, se trouve le diaphragme inférieur, qui est constitué par la paroi vaginale postérieure, le releveur de l'anus, l'ischio-coccygien et le périnée.

Dans ces conditions, il est facile de voir comment les deux diaphragmes se différencient en se séparant.

Observons la première phase du travail de l'accouchement : effacement du col et dilatation de l'orifice. Le diaphragme supérieur s'accuse de plus en plus. A la fin de cette période, le col est franchi et, du diaphragme supérieur, il ne reste plus rien ou plutôt il se trouve reformé au-dessous de la tête fœtale sous forme d'un anneau entourant le cou du fœtus, tandis que le diaphragme inférieur soutient la tête à son tour, supporte les efforts d'expulsion jusqu'à ce que, distendu autant qu'il est nécessaire, il soit finalement traversé par le fœtus. Mais avant ce dernier temps de l'expulsion, la partie fœtale (nous supposons la tête logée exclusivement dans le vagin) sépare nettement le diaphragme supérieur de l'inférieur.

La théorie de Doléris est intéressante et rend bien compte du rôle complexe joué par le plancher pelvien. L'exposé de ces données générales était nécessaire pour permettre de bien comprendre le mécanisme des diverses déviations. A propos de chacune d'elles, nous ferons ressortir le rôle pathogénique des divers éléments de l'appareil suspenseur ou de l'appareil de soutènement dont la défaillance est le point de départ de la déviation.

MOBILITÉ ANORMALE DE L'UTÉRUS.

La mobilité anormale de l'utérus se caractérise par l'instabilité de l'équilibre de l'utérus, qui se porte tantôt en avant, tantôt en arrière, avec une facilité trop grande. Le fond de l'organe reste momentanément