

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

ment en arrière, alors même que la vessie est vide, mais — fait important — il revient spontanément en antédéviation. La réplétion excessive du rectum suffit parfois pour redresser la matrice au bout d'un certain temps.

Le déplacement en arrière n'est que transitoire. Successivement la matrice se trouve en antédéviation, en position moyenne ou en rétroversion.

Sous l'influence de la moindre pression, l'utérus décrit autour d'un axe transversal passant au niveau de l'orifice interne des mouvements extrêmement étendus dans le sens antéro-postérieur.

Étiologie. — Toutes les causes qui produisent la rétrodéviation peuvent être ici invoquées et il suffit de renvoyer au chapitre consacré à l'étiologie de la rétroverso-flexion.

Pathogénie. — Sous l'influence de causes diverses, l'utérus a perdu ses moyens de fixité habituelle. Les ligaments chargés de limiter les déplacements physiologiques de l'utérus et de le ramener en situation normale sont fatigués, étirés et, somme toute, se trouvent au-dessous de leur tâche.

L'utérus, sollicité par différentes forces, qui souvent s'exercent à l'état normal, obéit sans opposer une résistance suffisante. La pression abdominale culbute fréquemment le fond de l'utérus en arrière.

Dans la rétrodéviation comme dans la dislocation de l'utérus, les lésions siègent dans les ligaments chargés d'assurer l'équilibre de l'utérus. Mais, tandis que, dans la rétrodéviation, l'appareil ligamenteux est absolument impuissant à ramener l'utérus en antécourbure, dans la mobilité anormale les moyens de fixité sont moins profondément atteints et conservent une partie de leurs fonctions. La mobilité anormale ou *dislocation de l'utérus* (Pichevin) et la rétrodéviation sont donc deux degrés d'un trouble dans la statique pelvienne.

La mobilité utérine excessive, exagérée, anormale, n'est qu'un épisode, le premier, le plus transitoire et le plus inconstant dans la perte des fonctions de l'appareil complexe chargé de soutenir l'utérus, de limiter ses mouvements et de le ramener en antécourbure. Ce n'est pas, il faut l'ajouter, un stade obligatoire dans la production de la rétrodéviation et du prolapsus qui se trouve au bas de l'échelle des positions vicieuses de l'utérus.

Symptômes. — Les symptômes ressemblent singulièrement à ceux qui seront décrits à propos de la rétroverso-flexion. Le fond de l'organe se place en arrière. Les troubles de compression sont les mêmes. La stase sanguine dans l'utérus et la stagnation des sécrétions dans la matrice, les lésions ligamenteuses existent dans la mobilité anormale, comme dans la rétrodéviation. Le complexe symptomatique ne peut donc qu'avoir d'étroites analogies dans les deux cas. Il faut même ajouter que cet état, moins avancé au point de vue de la dislocation du plancher pelvien, est susceptible d'entraîner des

troubles plus marqués que la rétrodéviation invétérée. Dans la mobilité exagérée, il se produit, subitement et avec force, des changements de position qui agissent douloureusement sur les ligaments dont les tiraillements sont tout à coup exagérés.

Les douleurs lombaires sont parfois vives et disparaissent quand l'utérus est examiné en antécourbure. Une sensation de pesanteur au niveau de l'anus est parfois constatée. Parfois la malade éprouve subitement la sensation d'un corps qui tombe en arrière à l'improviste. Souvent les douleurs sont paroxystiques et en rapport avec les déplacements incessants de l'utérus.

Il suffit de signaler les irradiations douloureuses, les troubles vésicaux, les troubles réflexes à distance que l'on rencontre dans la rétrodéviation et de renvoyer à l'étude symptomatique de cette affection en faisant remarquer que souvent les phénomènes sont transitoires et disparaissent au moment où l'on s'y attend le moins.

Pronostic. — Le pronostic de la déviation n'est pas grave, en ce sens que le traitement a une influence rapide et curative, quand il est appliqué avant que les lésions de l'appareil de soutien et de soutien ne soient trop considérables. Mais si on laisse la dislocation utérine (mobilité excessive de l'utérus) suivre son évolution, on ne tardera pas à être en présence d'une rétrodéviation définitivement constituée.

Traitement. — Tout ce qui est de nature à exciter la contraction de l'utérus, de ses ligaments et des muscles du diaphragme pelvien sera utilement mis à contribution. Les injections froides ou très chaudes dans le rectum, l'application de l'électricité et mieux le massage. Mais c'est, surtout et avant tout, au pessaire de Hodge à grande courbure postérieure qu'il faudra recourir, après avoir mis l'utérus en antéverso-flexion. Il sera bon d'ajouter une ceinture abdominale, de traiter la neurasthénie qui se joint souvent à cet état et le provoque et de ne pas oublier l'entéroptose qui coïncide parfois avec cet état.

ANTÉVERSION.

L'usage a consacré la description de l'antéversion. Il faut s'y conformer, tout en reconnaissant que le type clinique de l'antéversion n'est pas définitivement fixé dans ses lignes immuables et qu'il existe un certain vague et quelque chose de conventionnel dans le tableau symptomatique qui en a été dressé.

Définition. — Schultze définit ainsi l'antéversion pathologique de l'utérus : « Position de l'utérus dans laquelle il est en situation étendue, plus stable qu'à l'état normal, avec le fond de l'organe dirigé en avant (fig. 23). »

L'axe de l'utérus est droit; l'angle de flexion qui existe normalement a disparu. Cette attitude est stable. Il y a disparition de la

flexibilité au niveau de la charnière qui existe normalement entre le corps et le col de l'utérus.

Etiologie. — La puerpéralité domine l'étiologie de l'antéversion. Le plus souvent, c'est une métrite chronique qui doit être invoquée pour expliquer soit la rigidité des parois utérines, soit la paramétrite postérieure qui, au dire de Schultze, en déterminant la rétraction

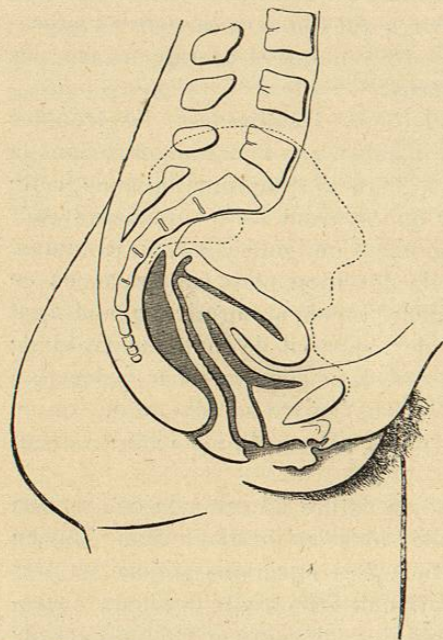


Fig. 23. — Rétroversion de l'utérus grossi par une métrite (d'après Schultze).

des ligaments utéro-sacrés, relève l'isthme et exagère l'antéversion. La subinvolution de l'utérus, la métrite, suite de couches ou d'avortement, ou même l'inflammation de l'utérus de cause gonorrhéique peuvent amener les mêmes résultats : la rigidité de la paroi utérine et une inflammation limitée péritérine qui peut fixer l'utérus en position vicieuse.

D'autre part, un fibrome développé sur le fond de l'utérus peut produire une antéversion. Sans doute, mais une telle situation prise par l'utérus n'a, semble-t-il, rien à voir avec l'antéversion telle qu'il faut la comprendre. Les troubles causés par l'utérus dont l'axe est complètement

droit et qui est, il est vrai, en antéversion, sont plus sous la dépendance de la tumeur que de la situation de l'utérus. Il faut ajouter que, dans les premiers temps de la grossesse, l'antéversion existe souvent et, fait à remarquer, ne donne naissance, d'ordinaire, à aucun trouble digne d'être noté.

Anatomie pathologique. — Dans l'état actuel de nos connaissances, et un peu schématiquement, on peut dire que dans l'antéversion l'utérus est augmenté de volume dans sa totalité. Le col est gros, il est plus long, plus large et plus épais, parfois en éversion et ectropion, avec une déchirure plus ou moins profonde. L'orifice externe regarde en arrière et on a quelque peine à l'atteindre. Le corps est au contraire sous le doigt, dans le cul-de-sac vaginal antérieur qui est un peu prolabé. Le trajet cervico-utérin est droit et l'orifice externe semble situé presque plus haut que l'extrémité corporelle de la cavité utérine. La rigidité des parois utérines est manifeste et se constate par la disparition de toute flexibilité entre le corps et le col.

Il existe une métrite totale ancienne. L'inflammation a dépassé les limites de la muqueuse et a atteint la musculature qui est sensiblement épaissie.

Indépendamment des lésions métriques, mais plus souvent coïncidant avec elles, il y a une paramétrite postérieure (Schultze). Disons qu'il y a une inflammation limitée, peu étendue, peu grave et qui a donné naissance à la rétraction des ligaments utéro-sacrés ou à quelques brides périmétritiques attirant l'isthme en haut et en arrière. Il est possible que ces infections légères puissent venir du vagin et gagner le cul-de-sac de Douglas par la voie lymphatique, mais il est fort probable qu'il s'agit d'une propagation inflammatoire peu accentuée, d'une annexite.

Plus rarement, l'utérus serait fixé en antéversion par des brides fixées en avant de l'utérus.

Symptômes. — On ne peut indiquer aucun symptôme qui puisse être regardé comme caractéristique de l'antéversion. Il n'existe même pas une expression symptomatique ou peu complexe qui puisse donner la physionomie clinique habituelle imprimée par cette déviation.

On a décrit une forme aiguë. Des phénomènes d'étranglement seraient produits. Le cas, à peu près unique, qui a été présenté mériterait peut-être d'être interprété autrement.

L'antéversion a, au contraire, une marche insidieuse, n'étant que le résultat d'une métrite chronique et de lésions péri- et paramétritiques peu marquées.

Comme toujours, la description du banal syndrome métritique trouve sa place ici.

Des troubles menstruels variés, une leucorrhée plus ou moins abondante et des douleurs apparaissent. Une sensation continue de pesanteur, une difficulté particulière dans la marche et surtout des troubles vésicaux sont signalés fréquemment. Les besoins d'uriner sont fréquents et parfois douloureux ; ces troubles du côté de la vessie sont imputables à la pression du fond de l'utérus sur la vessie. La constipation peut exister et il y aurait même de la douleur pendant la défécation, ce qui serait causé, disent les auteurs, par la pression du col repoussé en haut et en arrière. Il y aurait plutôt lieu d'invoquer l'inflammation péritonéale concomitante qui peut avoir fixé l'ovaire dans le Douglas.

Des troubles digestifs sont observés en rapport avec l'antéversion, ainsi que des troubles nerveux divers (névralgies, céphalalgie, faiblesse musculaire, etc.).

Si l'on vient à pratiquer le toucher vaginal combiné au palper abdominal, on rencontre immédiatement dans la partie antérieure du bassin, derrière le pubis, un corps arrondi qui fait saillie au niveau de la paroi vaginale et qui est même plus accessible par le

vagin que par l'abdomen. Ce corps n'est autre que la partie supérieure de l'utérus qui est dure et sensiblement augmentée de volume. Les doigts vaginaux constatent la continuation du corps utérin, presque en ligne droite, avec le col qui est gros, éversé souvent et dont l'orifice externe, difficile à atteindre, regarde en haut et en arrière, en face de la concavité du sacrum.

Diagnostic. — Le diagnostic est aisé. Le toucher vaginal permet de constater que le col se continue en ligne droite avec le corps et que les mouvements imprimés à l'un des segments utérins se transmettent à l'autre aisément. Au besoin, l'abaissement de l'utérus et l'hystérométrie permettraient de faire le diagnostic différentiel entre un corps fibreux anté-utérin et l'antéversion. Dans quelques cas, la *crête médiane antérieure*, dont il sera plus longuement question au chapitre consacré à l'antéflexion, permettra d'affirmer que le corps utérin est bien dans le cul-de-sac antérieur.

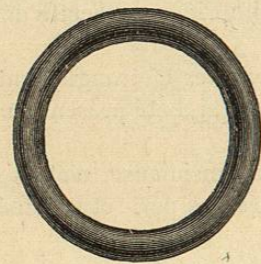


Fig. 24. — Anneau pessaire de Dumontpallier.

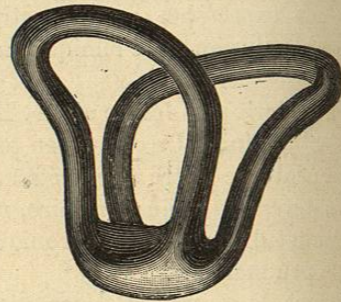


Fig. 25. — Pessaire en berceau de Grailey-Hewitt.

Traitement. — La base du traitement consiste à faire porter un pessaire qui redresse l'utérus, à comprimer la paroi abdominale à l'aide d'une ceinture hypogastrique et à combattre la métrite chronique (1).

C'est dans ces cas que l'anneau de caoutchouc (Dumontpallier-Mayer) (fig. 24), a été souvent employé avec succès. Mais d'autres pessaires sont plus recommandables. Il faut signaler ceux de Hodge, de Thomas (fig. 25 et 27), et, plus particulièrement, le pessaire de Grailey-Hewitt, sans parler de l'instrument de Gehrung. Des pessaires intra-utérins ont été jadis recommandés.

L'indication est de combattre la métrite et l'inflammation péri-utérine. Les injections vaginales chaudes, des attouchements intra-utérins avec de l'ouate imbibée de substances antiseptiques,

(1) Nous remercions M. le Dr M. Lévy du prêt de plusieurs figures qui ont paru dans sa thèse : *Considérations sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement*, 1897.

l'introduction de crayons médicamenteux, le curage même, peuvent donner de bons résultats.

Le massage semble devoir être appliqué dans ces cas. Il s'agit en effet de lésions chroniques peu accentuées et qui peuvent être influencées par les manipulations suivant la méthode de Thüre-Brandt plus ou moins modifiée.

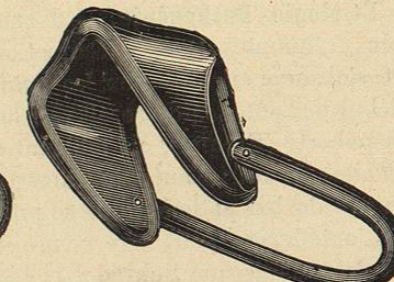
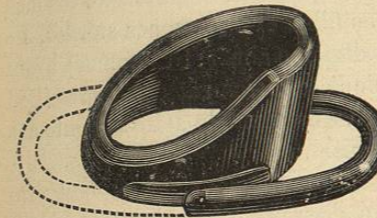


Fig. 26. — Pessaire à coupe fermée.

Fig. 27. — Pessaire à coupe ouverte.

Sims a proposé l'opération suivante : en avant du col, dans le cul-de-sac, il pratique un avivement transversal : en avant, plus près du pubis, il exécute un avivement semblable et il réunit les deux surfaces cruentées. De ce fait, la paroi vaginale se trouve rétrécie dans le sens antéro-postérieur et plus tendue. Le fond de l'utérus est obligé de se soulever.

Il serait plus simple de tracer une colporraphie antérieure et de forme appropriée.

Enfin, on a donné le conseil de pratiquer l'hystéropexie abdominale antérieure pour remédier à l'antéversion. La laparotomie peut être nécessitée par la persistance de certains symptômes, mais il est douteux que, dans ces cas, il s'agisse simplement d'une antéversion, telle qu'on la comprend et la décrit avec ses caractères de simplicité.

Il va sans dire que les symptômes nerveux seront combattus comme il convient. Il y a lieu d'appliquer parfois le traitement de la neurasthénie.

ANTÉFLEXION.

Il existe une antéflexion physiologique. Si l'on fait même abstraction du degré de la flexion, ce qui caractérise l'antéflexion normale c'est la flexibilité utérine qui existe au niveau de la charnière cervico-utérine, c'est la possibilité, pour le corps, de s'infléchir plus ou moins sur le col. Avec notre élève Lévy, qui a écrit sous notre inspiration une excellente thèse sur la question, nous définirons l'antéflexion pathologique : l'exagération de l'état normal d'antécourbure, caractérisée surtout, au point de vue anatomique, par la stabilité de l'angle de flexion, perceptible au doigt explorateur comme une brusque