

incertain. Cherchez à établir la continuité entre la tumeur du cul-de-sac postérieur et le col, en suivant avec le doigt la face postérieure du col et en pénétrant dans le coude aigu que forment le col et le corps. Constatez l'absence du corps utérin, par le palper hypogastrique. Grâce au cathétérisme, établissez la déviation de la cavité utérine.

Traitement. — Il faut distinguer les rétrodéviations réductibles ou irréductibles.

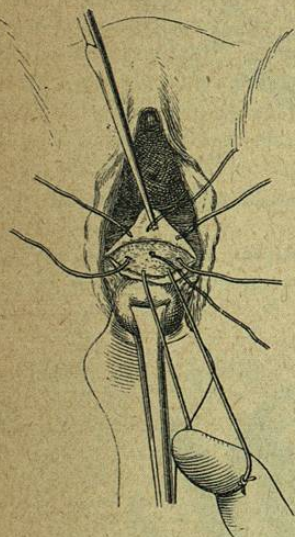


Fig. 258.

Procédé de Dührsen (RICARD et LAUNAY).

Un utérus rétrodévié est réductible, mais incoercible ; le pessaire est mal toléré, s'applique mal, reste insuffisant à cause de l'ampleur du vagin et de la flaccidité du plancher pelvien ; voilà des indications à l'opération qu'ALQUIÉ proposa en 1840 et qu'ALEXANDER exécuta en 1881 : redresser l'utérus en raccourcissant les ligaments ronds. Par une incision oblique en haut et en dehors, de chaque côté de l'épine pubienne, l'a-

névrose du grand oblique est mise à nu; on a reconnu l'orifice inguinal, un lobule graisseux et la branche inguinale du nerf génito-crural. On ouvre le canal inguinal; avec la sonde cannelée, on libère le ligament rond de ses connexions celluluses. En tirant de chaque côté sur le ligament découvert, on amène peu à peu sa portion pelvienne, jusqu'à 10 ou 12 centimètres. Pendant que, dans le vagin, les doigts d'un aide redressent l'utérus, on fixe, à l'aponévrose du grand oblique, par une ligature au catgut en surjet, l'extrémité sectionnée du ligament rond.

Au lieu de fixer l'utérus par ses deux angles, au moyen des ligaments ronds raccourcis, on peut le suturer à la paroi abdominale, après laparotomie, par trois gros catguts passés à travers son fond, le milieu de son corps et son isthme : c'est l'hystéropexie abdominale (fig. 257).

Dans ces dernières années, les gynécologues se sont efforcés de redresser l'utérus rétrodévié par des fixations au vagin : c'est l'hystéropexie vaginale, dont les procédés les plus connus sont ceux de MACKENRODT et de DUHRSEN (fig. 258). L'opération comprend trois temps : 1° incision de la paroi vaginale antérieure ; 2° dissection et refoulement en avant et en haut de la vessie ; 3° suture du corps de l'utérus aux bords avivés de l'incision vaginale.

névrose du grand oblique est mise à nu; on a reconnu l'orifice inguinal, un lobule graisseux et la branche inguinale du nerf génito-crural. On ouvre le canal inguinal; avec la sonde cannelée, on libère le ligament rond de ses connexions celluluses. En tirant de chaque côté sur le ligament découvert, on amène peu à peu sa portion pelvienne, jusqu'à 10 ou 12 centimètres. Pendant que, dans le vagin, les doigts d'un aide redressent l'utérus, on fixe, à l'aponévrose du grand oblique, par une ligature au catgut en surjet, l'extrémité sectionnée du ligament rond.

Au lieu de fixer l'utérus par ses deux angles, au moyen des ligaments ronds raccourcis, on peut le suturer à la paroi abdominale, après laparotomie, par trois gros catguts passés à travers son fond, le milieu de son corps et son isthme : c'est l'hystéropexie abdominale (fig. 257).

Dans ces dernières années, les gynécologues se sont efforcés de redresser l'utérus rétrodévié par des fixations au vagin : c'est l'hystéropexie vaginale, dont les procédés les plus connus sont ceux de MACKENRODT et de DUHRSEN (fig. 258). L'opération comprend trois temps : 1° incision de la paroi vaginale antérieure ; 2° dissection et refoulement en avant et en haut de la vessie ; 3° suture du corps de l'utérus aux bords avivés de l'incision vaginale.

ARTICLE II

PROLAPSUS GÉNITAUX

L'utérus s'abaisse dans le vagin, descend jusqu'à la vulve ou prolabe au dehors : *abaissement, descente et prolapsus*, telles sont les trois étapes de son déplacement au-dessous du plan qu'il occupe à l'état normal.

En règle presque générale, la descente de l'utérus est précédée par la chute des parois antérieure ou postérieure du vagin : *colpocèle antérieure*, suivie de prolapsus vésical (*cystocèle*) ; *colpocèle postérieure* qui peut se compliquer de prolapsus rectal (*rectocèle*). D'où il résulte qu'il ne s'agit point ordinairement

de *prolapsus de l'utérus seul*, mais de *prolapsus vagino-utérins*, de *prolapsus génitaux* et parfois d'un *prolapsus total* des organes pelviens.

Pathogénie. — Ces divers degrés du prolapsus reconnaissent comme cause, ainsi que TRÉLAT, BOUILLY et nous-même l'avons formulé : 1° *des lésions mécaniques* de déchirure ou de distension ; 2° *des troubles de nutrition des tissus*, les prédisposant au relâchement et à la descente. — La connaissance du mécanisme anatomo-pathologique des déplacements utéro-vaginaux est la base sur laquelle se fonde l'intervention thérapeutique.

1° **CONDITIONS MÉCANIQUES.** — Comment l'utérus est-il fixé dans sa position normale? — La thérapeutique chirurgicale démontre que *cette fixation est surtout réalisée par le soutien inférieur de l'utérus, c'est-à-dire par le plancher vagino-périnéal* : en effet, les meilleurs résultats sont fournis par les opérations plastiques qui restaurent et relèvent le périnée, qui diminuent la béance de l'orifice vulvaire, qui rétrécissent et consolident les parois vaginales.

Théoriquement, on admettait autrefois pour l'utérus un double mode de fixation : des *moyens de suspension* et des *moyens de soutien*, l'organe étant suspendu par en haut et soutenu par en bas ; telles une lampe à suspension et une lampe à pied. — Et cette conception avait une application pratique : c'est en raccourcissant les ligaments ronds ou en fixant l'utérus à la paroi qu'on cherchait à remonter l'utérus prolapsé.

Les moyens de *suspension* sont de deux ordres : ceux qui s'insèrent sur le fond et le corps de l'organe ; ceux qui s'attachent à son isthme. Or, les premiers ont un rôle suspenseur négligeable : les ligaments ronds et les ligaments larges ne sont pas tendus à l'état normal et n'ont d'autre effet que de guider l'utérus dans ses oscillations antéro-postérieures et de le maintenir dans l'axe sagittal : tels des liens fixant un mât de fortune. Les seconds agents de suspension ont une valeur aussi insuffisante : ce sont les ligaments qui, s'insérant sur le col, à la hauteur de l'isthme, se portent en avant vers la symphyse pubienne (ligament utéro-pubien), en arrière, vers le

sacrum (ligament de DOUGLAS). — Un fait démontre bien l'insuffisance de ces deux moyens de suspension : quand le vagin est largement ouvert par nos valves, ce qui supprime le soutien vagino-périnéal, l'utérus s'abaisse facilement sous la traction d'une pince.

Il est donc nécessaire de bien comprendre le rôle du *soutien inférieur*. Schématiquement, deux diaphragmes se font opposition : en haut, le vrai diaphragme, sous la poussée duquel s'exerce la pression abdominale ; en bas, le diaphragme pelvien formé par le releveur de l'anus, renforcé des sphincters, qui résistent à cette pression.

Le diaphragme pelvien a un centre anatomique : le périnée, véritable point nodal, sur lequel viennent se concentrer deux anneaux brisés, deux bagues musculaires ouvertes qui, ayant un point fixe opposé, ont une action adverse (fig. 259). L'une, la postérieure, constituée par le sphincter anal, tire vers le coccyx. L'autre, antérieure, constituée par le sphincter vulvaire et le releveur de l'anus, prend ses insertions fixes vers l'arcade pubienne, si bien que quand ses fibres sont en action elles portent la commissure vulvaire postérieure vers le pubis. — Lorsque ces deux sphincters entrent simultanément en jeu, ils se font équilibre et constituent une sorte de sangle antéro-postérieure, que vient croiser, au niveau du périnée, une bande transversale constituée par l'important faisceau moyen du transverse : ainsi est formée une sangle en croix, qui tend à brider les organes placés au-dessus. Sur un plan plus profond, c'est le releveur de l'anus qui engaine dans ses anses le vagin et lui constitue un véritable suspensoir contractile, un berceau de soutien, bien démontré par FARABEUF.

Comment ce plancher vagino-périnéal, qui fait opposition à la pression abdominale transmise de haut en bas, contribue-t-il à soutenir l'utérus — organe distant — en sa position normale? Comment un canal, tel que le vagin, peut-il soutenir un organe plein, tel que l'utérus? Voilà ce qui paraît difficilement intelligible. Une raison l'explique, cependant : *le vagin, à l'état normal n'est qu'une cavité virtuelle* ; il s'établit un contact total entre ses parois antérieure et postérieure. Une disposition favorise

cet accolement : à savoir l'inclinaison de la paroi vaginale postérieure qui se relève, en un plan oblique, de bas en haut et d'arrière en avant, vers la fourchette.

Étant donnée cette condition d'obturation vaginale, quand la pression abdominale s'exerce sur l'utérus *en antéflexion*

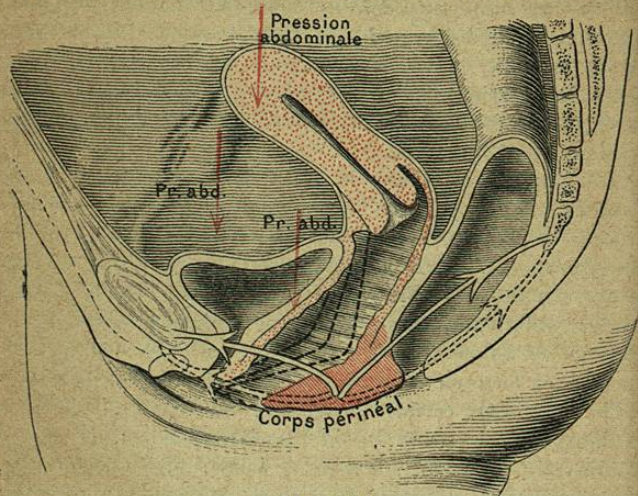


Fig. 259.

Schéma montrant le mode de résistance du soutien périnéal de l'utérus : périnée, sur lequel viennent se concentrer deux anneaux musculaires opposés, le postérieur formé par le sphincter anal, l'antérieur constitué par le sphincter vulvaire et le releveur de l'anus.

Grâce au plan incliné de la paroi vaginale postérieure, la pression abdominale pousse contre elle la paroi antérieure de l'organe, ce qui clôt le vagin.

normale, elle n'a d'autre effet que de pousser la paroi antérieure du vagin contre sa paroi postérieure, qui est soutenue par les anses du releveur de l'anus et par le plancher périnéal (fig. 259).

Supposons, au contraire, qu'à la suite d'un accouchement se soient produites les lésions suivantes : *déchirure de la fourchette*, ou *rupture sous-muqueuse du corps périnéal*; *agrandissement de la fente vulvo-vaginale*. — Dans ces conditions, sous la pression abdominale, la paroi antérieure du vagin, tendue,

nous dit BOULLY, comme un voile sans soutien, « porte à faux », puisque au lieu de l'éperon relevé que constitue la fourchette, l'éculement du périnée a créé une pente en bas et en arrière, et puisqu'elle ne trouve plus de contre-appui solide dans la paroi postérieure, la cloison recto-vaginale étant réduite à une mince lame bi-muqueuse : aussi cette paroi, antérieure, privée

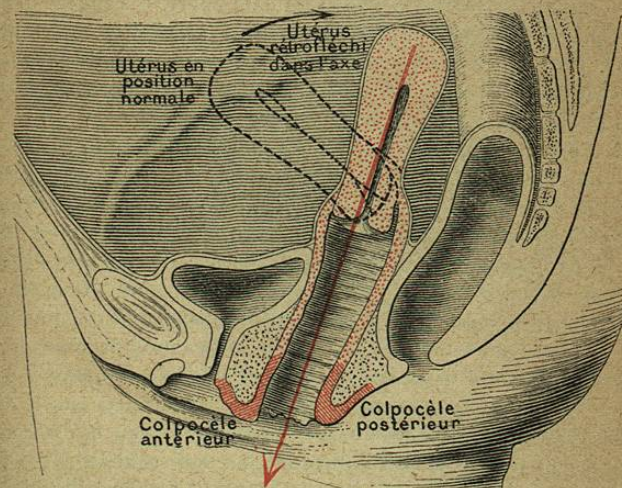


Fig. 260.

Schéma montrant : 1° comment, grâce à l'éculement du périnée, les parois vaginales antérieure et postérieure glissent et s'éversent au dehors (colpocèles antérieure et postérieure); 2° comment l'utérus, se portant en rétroversion, se place dans l'axe du vagin et s'y engage en prolapsus primitif.

de son soutien, glisse, descend et se déroule au dehors; il se fait une colpocèle antérieure. La paroi postérieure s'ectropionne de même, grâce à la béance anormale du vagin : d'où colpocèle postérieure (fig. 260).

Donc, en général, c'est le glissement, le déroulement au dehors des parois vaginales qui commence; l'utérus ne s'abaisse que consécutivement.

Dans quelques cas, cependant, la descente de l'utérus est le fait initial : il y a un prolapsus utérin primitif devant la colpocèle vaginale. — Ces cas répondent à la pathogénie suivante : sous l'influence du relâchement des attaches ligamentaires et péritonéales de l'utérus, l'organe s'est porté en rétroversion ; il est ainsi placé dans l'axe même du vagin, qui est pour l'utérus un véritable canal herniaire ; sous la pression abdominale et souvent à l'occasion d'un effort, il s'engage dans ce canal et y descend de plus en plus en évaginant et en retournant peu à peu les parois vaginales. Ainsi s'expliquent les observations de chute brusque de l'utérus chez des vierges ou des nullipares, à périnée jeune et bien musclé.

2° CONDITIONS PATHOLOGIQUES. — Les phénomènes mécaniques se compliquent généralement d'altérations nutritives des tissus. Comme l'avait indiqué TRÉLAT, il faut admettre une disposition individuelle particulière, une laxité congénitale des moyens de fixité de l'appareil génital, comparable à celle qui prédispose aux hernies : il y a des périnées mal conformés et atteints d'insuffisance musculaire. Mais c'est l'accouchement qui joue le rôle le plus direct dans la production de ces modifications trophiques. Pendant la grossesse, il se fait une hypertrophie et un ramollissement des moyens de fixité de l'utérus ; les parois du vagin s'allongent et s'élargissent. Arrive le travail de l'accouchement : il distend et tiraille tout le canal génital, force le releveur de l'anus. Après l'accouchement, l'utérus, ses ligaments, et les parois vaginales doivent subir le processus, dit d'involution, qui rend aux organes leur volume primitif. Si cette involution est déficiente, l'utérus demeure volumineux, alourdi, allongé et hypertrophié surtout dans sa portion cervicale au-dessus et au-dessous des insertions du vagin ; les parois vaginales elles-mêmes restent trop amples, trop flasques ; les ligaments utérins sont distendus, et dans la profondeur, comme le dit BOUILLY, le tissu cellulaire pelvien, « véritable ciment entre les parois vaginales, l'utérus et les parties voisines », est atrophié et sans cohésion.

Anatomie pathologique. — Il faut distinguer plusieurs formes :

1° *Procidence du vagin seul*, qui, dans la grande majorité des cas, précède l'abaissement de l'utérus et qui présente les types suivants : *a. Colpocèle antérieure*, ou chute de la paroi antérieure suivie ordinairement d'une hernie de la vessie (cystocèle) ; *b. Colpocèle postérieure*, composée de la seule paroi vaginale ou compliquée de la chute de la paroi rectale antérieure (rectocèle) ;

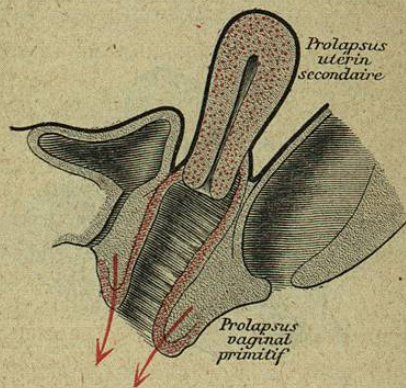


Fig. 261.

Schéma montrant un prolapsus vaginal primitif.

c. Prolapsus des deux parois, ordinairement prépondérant sur l'antérieure (fig. 261).

2° *Procidence du vagin avec abaissement de l'utérus et allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col*, primitif ou consécutif : comme le dit BOUILLY, c'est le cas type le plus ordinaire du prolapsus avancé et ancien. C'est HUGUIER qui, en 1860, démontra la réalité de l'hypertrophie en longueur du col de l'utérus : frappé de la confusion possible entre cette lésion et le prolapsus vrai, il en exagéra l'importance et voulut substituer l'allongement hypertrophique au déplacement de l'organe.

3° *Prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique sus-vaginal du col* : il y a, en effet, comme l'a dit Trélat, des abaissements réels sans allongement.

Symptômes. — Le *prolapsus aigu*, véritable hernie de force, survenant brusquement chez des femmes jeunes, à périnée solide, à l'occasion d'un effort, est un fait rare. Habituellement, l'abaissement utéro-vaginal est progressif et lentement constitué. Il se caractérise par des signes fonctionnels et des signes physiques.

1° SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Les symptômes fonctionnels sont : pesanteur au périnée ; tiraillement dans les lombes et le

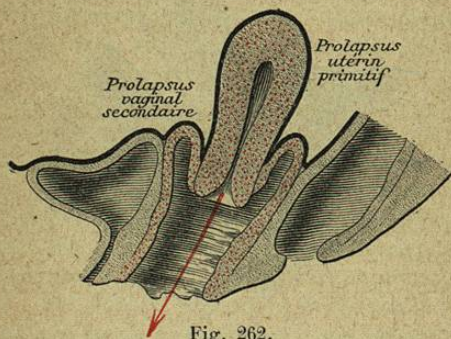


Fig. 262.

Schéma montrant le prolapsus utérin primitif.

bas-ventre, surtout accentué par la marche et la station debout ; troubles dus à la métrite concomitante ; mictions fréquentes, parfois incontinence, dues à des phénomènes vésicaux réflexes ; constipation. Ces symptômes ne sont pas proportionnels au degré de l'abaissement : on voit des femmes souffrir vivement alors que l'utérus est encore loin de la vulve, d'autres porter sans gêne marquée une matrice hors de l'orifice vulvaire. Les troubles sont surtout accentués chez ces malades qui présentent en même temps une ptose générale des viscères, avec rein abaissé, paroi flasque, entéroptose et neurasthénie.

2° SIGNES PHYSIQUES. — A l'inspection, vous trouvez la vulve plus ou moins déformée : vous appréciez l'éculement de la commissure vulvaire, la diminution de longueur apparente du périnée (distance entre l'anus et la vulve) ; à l'aide des doigts

placés dans le rectum et le vagin, vous palpez son épaisseur et sa consistance (car avec un périnée d'apparence normale la musculature profonde peut avoir subi une grave atrophie).

La femme étant placée en position dorso-lombaire, faites-la tousser ou pousser. Dans le cas ordinaire de procidence vaginale, on voit la paroi (l'antérieure surtout) apparaître dans le champ de l'orifice vulvaire et faire saillie en une tumeur molle et rosée qui rentre dès que l'effort cesse. — Dans le prolapsus complet hors de la vulve, vous apercevez une tumeur ovoïde, souvent grosse comme le poing, dont la surface est formée par le vagin retourné : les plis transversaux sont effacés, la muqueuse est sèche, d'un rose pâle, présentant parfois des ulcérations dues au frottement. Le col ne répond pas exactement au pôle inférieur de la tumeur ; il est ordinairement reporté en arrière, ses lèvres sont effacées.

Au toucher, quand l'utérus n'a point franchi la vulve, on trouve le col plus ou moins rapproché de cet orifice. Dans ces cas une erreur est possible : l'allongement hypertrophique du col peut simuler un prolapsus. Le diagnostic n'est établi que par un moyen : l'emploi de l'hystéromètre, qui montre l'utérus gardant les dimensions normales, dans l'abaissement simple, et qui indique l'agrandissement de la cavité utérine de 8 à 15 centimètres, dans le prolapsus avec allongement.

Or, cet allongement peut porter sur la portion vaginale du col, sur sa partie sus-vaginale ou sur le corps. Le schéma de SCHÖDER fait comprendre ces divers types (fig. 263). Si le *segment inférieur* (infravaginal) seul s'hypertrophie, le col s'allonge sans entraînement notable des culs-de-sac vaginaux qui conservent leur profondeur (museau tapiroïde, par comparaison avec la trompe d'un tapir). Si l'hypertrophie porte sur le *segment moyen* (sous-vaginal ou libre en arrière, sus-vaginal en avant) le cul-de-sac antérieur du vagin descend avec le col et s'efface, tandis que le cul-de-sac postérieur conserve sa profondeur. Enfin, si c'est le *segment supérieur* du col, tout entier supravaginal, qui s'hypertrophie, les deux culs-de-sac vaginaux sont entraînés également et s'effacent.

Quand l'utérus a dépassé l'orifice vulvaire, il faut établir si la

vessie a été entraînée en un diverticule ante-utérin : la cystocèle existe si une sonde, introduite par l'urèthre, peut être dirigée en bas et en avant et si son bec est senti sous la paroi vaginale antérieure. De même, le toucher rectal montre si la rectocèle existe : le doigt poussé vers la paroi antérieure du rectum vient

bomber en arrière de l'utérus prolabé.

Traitement. - I. *Traitement palliatif.* — Le pessaire est utile, comme palliatif, quand il reste un périnée assez résistant pour s'opposer à l'expulsion de l'instrument : on emploiera les pessaires les plus simples possibles (anneaux de Dumontpallier) et on prescrira une ceinture hypogastrique.

II. *Traitement chirurgical.* — Le traitement opératoire doit varier selon le degré de la lésion ; mais, dans tous les cas, la restauration du plancher vagino-périnéal

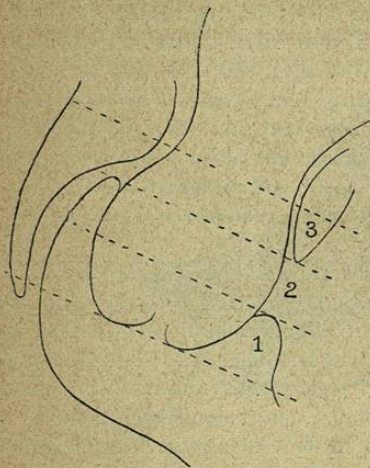


Fig. 263.

Schéma de SCHROEDER montrant les rapports des 3 segments du col (1, 2, 3) avec les culs-de-sac vaginaux.

constitue l'acte fondamental de l'intervention.

Cette restauration comprend : 1° le rétrécissement des parois vaginales, après excision de l'étoffe en excès, ce que réalisent les *colporraphies antérieure et postérieure* ; 2° la *réfection du périnée*, avec relèvement de la fourchette par l'opération d'HÉGAR, la *colpo-périnéorrhaphie* (fig. 263).

Cette colpo-périnéorrhaphie consiste dans l'excision d'un lambeau en Λ , à sommet supérieur, disséqué dans la paroi vaginale postérieure qu'on sépare, par clivage, de la paroi rectale. Les bords de ce Λ sont suturés par un surjet au catgut qui rétrécit et relève la paroi postérieure du vagin, ramenée au contact de

l'antérieure. Au niveau de la vulve, des fils d'argent enfoncés perpendiculairement de façon à charger et à ramasser tous les tissus musculaires profonds, reconstituent un périnée épais et large.

Il faut savoir : 1° qu'à ces opérations plastiques doivent se joindre, suivant indications, des interventions propres à modifier la métrite concomitante (curettage), à diminuer le col atteint

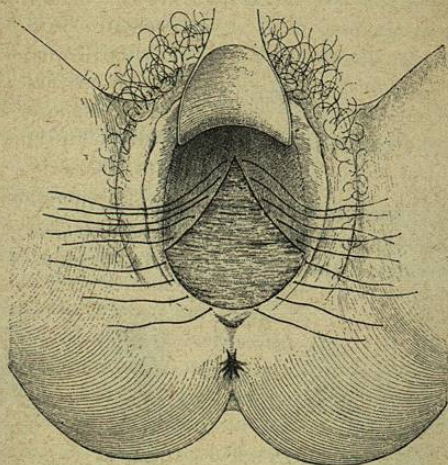


Fig. 264.

Colpo-périnéorrhaphie : procédé de Simon-Hégar (RIGARD et LAUNAY).

d'ectropion ou d'allongement hypertrophique (opération de SCHROEDER ou amputation biconique) ; 2° qu'il vaut mieux pécher par excès que par défaut et qu'il convient de rétrécir, au maximum, le vagin par des avivements larges et des sutures bien ajustées.

Il y a des cas complexes où il ne suffit pas de reconstituer le soutien inférieur de l'utérus et où il est nécessaire de s'adresser à ses moyens de fixité supérieure. — On fait alors : soit le *raccourcissement des ligaments ronds* (opération d'ALQUIÉ-

ALEXANDER), soit la fixation de l'utérus à la paroi du ventre (hystéropexie abdominale); mais ces deux interventions seules demeurent insuffisantes et ne peuvent être que des opérations complémentaires de la restauration périnéale. — Enfin, l'hystérectomie vaginale n'est indiquée que lorsque l'utérus est très volumineux, ou fibromateux, ou irréductible, chez une femme ayant atteint la ménopause : elle doit d'ailleurs être suivie d'une colpopérinéorrhaphie, sinon la cystocèle et la rectocèle se reproduisent.

ARTICLE III

INVERSION DE L'UTÉRUS

Définition et anatomie pathologique. — L'inversion de l'utérus, c'est, comme l'avait dit GUILLEMAU, le retournement de l'utérus. Il s'agit, en effet, d'une invagination de l'organe : d'abord le

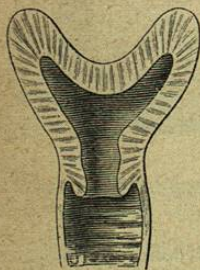


Fig. 265.
Inversion utérine (1^{er} degré).

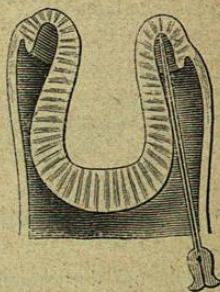


Fig. 266.
Inversion utérine (2^e degré).

fond se déprime, tout en restant dans la cavité utérine (premier degré); puis, il sort par l'orifice externe du col et s'engage dans le vagin (deuxième degré); enfin, dans un troisième degré l'utérus est complètement retourné comme un doigt de gant : sa face muqueuse est au dehors et se continue avec la face

muqueuse du vagin, et dans la dépression infundibuliforme que constitue sa face séreuse, les trompes, les ovaires, quelquefois des anses intestinales peuvent s'engager.

Étiologie. — Pour que l'inversion puisse se produire, il faut ces deux conditions : 1^o l'élargissement de la cavité utérine; 2^o le ramollissement partiel des parois de l'organe.

Ces deux conditions se trouvent réalisées : 1^o après l'accouchement; 2^o dans le cas d'une tumeur distendant la cavité utérine. — Après l'accouchement, c'est ordinairement la délivrance qui est la cause occasionnelle de cet accident : l'inertie utérine totale ou limitée à la zone placentaire le favorise. Si des tractions sont alors prématurément exercées sur le cordon, si ce dernier résiste et que le placenta ne se décolle point, le fond se déprime « en cul-de-fiole », comme disait MAURICEAU : l'inversion se constitue et les contractions de la partie non inversée tendent à expulser, comme un corps étranger, le segment déjà déplacé, ce qui complète l'invagination. Deuxième éventualité : soit un fibro-myome intra-utérin, occupant le fond de l'organe. Les contractions expulsives tendent à chasser cette tumeur qui entraîne, avec son insertion, le fond utérin invaginé.

Symptômes. — L'inversion puerpérale s'accompagne souvent d'une hémorragie abondante, qui peut devenir mortelle : le fond de l'utérus apparaît dans le vagin ou à la vulve avec le placenta. — La réduction dans les premiers jours est facile : si elle n'est pas effectuée, il peut arriver que la portion inversée se gangrène; ou bien l'inversion non réduite passe à l'état chronique, et c'est cette forme qui intéresse le chirurgien. On trouve dans le vagin ou à la vulve une tumeur arrondie, dure, d'une surface rouge et villeuse; au niveau du col, elle se rétrécit et est comme

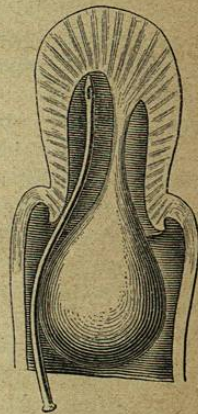


Fig. 267.
Polype fibreux accouché par le col : diagnostic différentiel avec le cas figuré par la figure 233.