

Opérations
combinées.

ces femmes, ordinairement multipares, il semble que la rétroflexion soit le premier stade du prolapsus, annoncé par le relâchement du vagin et la béance de la vulve. Il faut alors successivement s'attaquer à tous les éléments morbides par des opérations combinées¹; à la métrite, par le curettage et l'amputation du col; à la faiblesse du périnée, par la colpo-périnéorrhaphie; à la déviation utérine, par le raccourcissement des ligaments ronds, si l'utérus est mobile, et par l'hystéropexie abdominale, si l'organe est adhérent. On ne fera les opérations plastiques sur le vagin et le périnée qu'après avoir d'abord fixé l'utérus, afin de pouvoir apprécier le degré d'avivement nécessaire.

¹ La nécessité des opérations combinées, dans les cas de ce genre, a été très nettement formulée par Doléris. *Gaz. méd. de Paris*, avril 1886. — *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 550. — *Mémoire à la Soc. de méd. de Paris in Union méd.*, 11 juin 1887. — *Mémoire à la Soc. gyn. amer. in Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, 1887, p. 488. (Ces deux derniers mémoires ont été reproduits dans les *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, p. 54, 49, 97, 177, 257 et 529.)

Mundé (*The value of Alexander's operation in Amer. Journ. of Obst.*, 1883, t. XXI, p. 1152 et 1156), qui, depuis longtemps, emploie aussi des opérations combinées, fait remarquer que pratiquer d'abord les opérations plastiques sur le vagin et le périnée, puis ensuite le raccourcissement des ligaments (comme Doléris), c'est « mettre la charrue avant les bœufs ».

CHAPITRE III

PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX¹.

Définition. — Étiologie. — Anatomie pathologique : 1° Procidence du vagin seul. 2° Procidence simultanée du vagin et de l'utérus avec élongation du col. 3° Procidence du vagin et de l'utérus résultant d'une hypertrophie primitive du col. 4° Procidence de l'utérus et du vagin sans hypertrophie du col. — Symptômes. — Marche. Pronostic. — Diagnostic avec : polype; inversion; uréthrocèle. — Traitement. Ceintures. Pessaires. Hystérophores. — Traitement chirurgical. Opérations préliminaires. I. Constitution d'un point d'appui inférieur. Colpo-périnéorrhaphie : procédé de Hegar. Périnéauxésis, procédé de A. Martin. Procédés de Bischoff, de Winkel. Colpo-périnéoplastie par glissement : procédé de Doléris. Elytrorrhaphie antérieure : procédé de Stoltz. Cloisonnement du vagin de L. Le Fort. Soins consécutifs à la colpo-périnéorrhaphie. Gravité. Résultats immédiats et éloignés de la colpo-périnéorrhaphie. II. Soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds. III. Suture de l'utérus à la paroi abdominale : gastro-hystéropexie. IV. Hystérectomie vaginale. — Choix de l'opération.

Je réunis sous une même rubrique, à l'exemple de Trélat², l'abaissement de l'utérus (*prolapsus, descente, chute, précipitation*), celui de la paroi antérieure du vagin, qui entraîne la vessie (cystocèle) et celui de la paroi postérieure qui suit ordinairement le rectum

Définition.

¹ Je crois inutile de consacrer un chapitre spécial à d'autres déplacements peu importants de l'utérus. Je me bornerai à les mentionner.

L'utérus peut être porté directement en avant, *anté-position*, quand il est refoulé par une tumeur développée derrière lui; un exemple frappant de ce déplacement est offert au clinicien dans l'hématocèle rétro-utérine; le changement de position n'est jamais qu'un épiphénomène.

La *rétro-position* est le transport en totalité de la matrice en arrière, sans déviation de son axe. On peut la voir succéder à la paramétrite ou périmétrite postérieure; elle peut être exceptionnellement observée à l'état de pureté. Mais il s'y joint bien vite une flexion en avant du corps de l'utérus (fig. 225). Les symptômes observés sont dus aux adhérences inflammatoires, et le traitement doit être uniquement dirigé contre elles.

L'*élévation de l'utérus* n'est pas, non plus, une maladie, mais un symptôme. Une tumeur siégeant dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur intra-ligamentaire ou enclavée dans le pelvis, peuvent ainsi soulever l'utérus; parfois il est maintenu, comme suspendu, par des adhérences qui se sont produites durant la grossesse et se sont opposées à ce qu'il aille ensuite reprendre son siège normal. Dans tous ces cas, on observe ordinairement une certaine élongation du col.

² U. TRÉLAT. *Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme (Annal. de gyn.*, mai 1888, t. XXIX, p. 521).

(rectocèle). Ces déplacements divers, qui ont été artificiellement séparés, sont étroitement solidaires; s'il est vrai qu'ils peuvent exister isolément, ce n'est qu'à titre d'exception: le plus souvent, ils se succèdent et se commandent. Enfin, l'étiologie et le traitement forment de nouveaux liens entre ces diverses lésions et leur donnent une véritable unité clinique. L'hypertrophie et l'allongement du col de l'utérus viennent encore s'y joindre et doivent entrer dans le tableau anatomique et symptomatique, sous peine de le dénaturer complètement.

Étiologie.

Étiologie. — Hart¹ a judicieusement assimilé ces déplacements aux hernies, en général. Mais il y a cette différence que, dans les hernies ordinaires, les organes poussés au dehors par la pression intra-abdominale sont essentiellement mobiles (intestin, épiploon), tandis qu'ici il s'agit d'organes fixes, qui conservent forcément des points stables au niveau de leurs attaches profondes et qui, par suite, doivent subir des déformations. C'est là, en particulier, qu'est la clef des hypertrophies du col utérin.

Quoi qu'il en soit, on peut, comme pour les hernies, distinguer dans les prolapsus génitaux les déplacements *de force* et les déplacements *de faiblesse*. Les premiers se produisent à la suite d'un effort violent, soit d'emblée, soit lorsque une cause prédisposante a, pour ainsi dire, déjà frayé la route. Une chute sur le siège, une attaque d'épilepsie, de violents accès de toux, ont pu produire ce que certains auteurs ont appelé des prolapsus aigus, même chez les vierges²; mais, le plus souvent, un ou plusieurs accouchements antérieurs ont affaibli les soutiens de l'utérus quand un effort vient déterminer sa chute.

On a aussi observé le même fait durant la grossesse³, dans les mêmes circonstances. On conçoit très bien, en effet, que les grands changements survenus dans les connexions de l'utérus gravide facilitent considérablement un prolapsus. Tous les ligaments sont plus volumineux, mais sont aussi ramollis; la pression intra-abdominale est augmentée et agit plus énergiquement sur les points faibles du plancher pelvien, où la fente vaginale forme une sorte de ligne de clivage toujours prête à céder sous l'effort.

¹ HART. *The structural anatomy of the female pelvic floor*. Edimbourg, 1880.

² R. BARNES. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franç. Paris, 1876, p. 540. — MUNDÉ. *Forcible and complete prolapse of the uterus in a virgin* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 70).

³ DUTAUZIN. *Étiologie et symptômes de la chute de la matrice*. Thèse de Paris, 1887. — GORODICHRE. *Du prolapsus de l'utérus gravide*. Thèse de Paris, 1888. — FAIYRE. *Contrib. à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide*. Thèse de Paris, 1890. — A. BERNE (*Observation d'un prolapsus utérin complet pendant la grossesse*, Lyon, 1891) a vu survenir cet accident au 5^e mois et demi de la grossesse. L'accouchement se fit à terme et la malade guérit de son prolapsus.

La déchirure du périnée est au nombre des causes prédisposantes non douteuses, quoi qu'en aient dit certains auteurs¹. Elle permet, en effet, un état de béance de la vulve qui entraîne l'accès de l'air dans le vagin, en sépare les parois, et dédouble, pour ainsi dire, la résistance du plancher périnéal. On a même avancé² que le transverse du périnée et le releveur de l'anus peuvent avoir subi une déchirure sous-cutanée ou être paralysés tardivement, après le traumatisme puerpéral, sans aucune lésion apparente du tégument. Enfin, la laxité du péritoine qui a été distendu par l'ascension de l'utérus gravide, entre sans doute pour une part dans l'action de la parturition, prédisposante au prolapsus.

Faut-il encore admettre une prédisposition congénitale héréditaire³ ou simplement une disposition individuelle particulière, résultant de la faiblesse des moyens de fixité de l'appareil génital⁴? Ce dernier fait, tout au moins, est très vraisemblable

et explique comment des efforts qui resteraient sans effet sur la majorité des femmes agissent sur certaines autres. C'est aussi, du reste, ce qu'on observe pour les hernies.

Anatomie pathologique. — Il est indispensable de distinguer nettement certaines catégories.

1^o Procidence du vagin seul (cystocèle et rectocèle). — Dans l'immense majorité des cas, la chute du vagin précède l'abaissement de l'utérus, et l'entraîne, au bout d'un temps plus ou moins long, comme phénomène secondaire.

La paroi antérieure du vagin est celle qui descend le plus facilement; il est même ordinaire d'observer chez les femmes qui ont eu

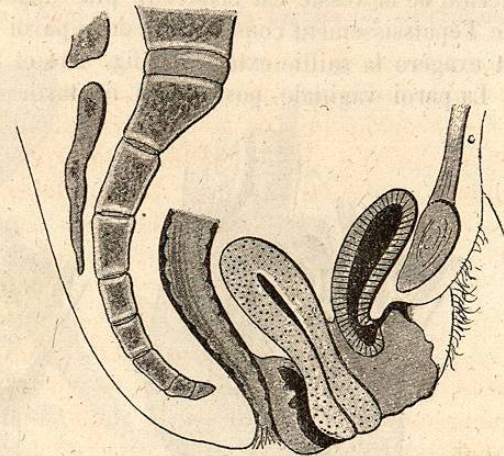


Fig. 234. — Prolapsus génital.
Procidence de la paroi antérieure du vagin très épaissie; légère cystocèle; persistance du cul-de-sac postérieur du vagin; hypertrophie de la portion moyenne du col.

Anatomie pathologique.

Procidence du vagin seul.

¹ B. HART et F. BARBOUR. *Manuel de gyn.*, trad. franç., Paris 1886, p. 610.

² B.-E. MADRA (San Antonio). *Amer. Journ. of Obstet.*, avril 1884, p. 365. — U. TRÉLAT. *Prolapsus des organes génitaux* (*Annal. de gyn.*, sept. 1888, p. 174).

³ A. DORAN. *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, 1884, p. 88.

⁴ U. TRÉLAT, *loc. cit.*, p. 528.

Cystocèle.

beaucoup d'enfants un très léger degré de cystocèle quand la vessie est pleine, et sans que cela constitue une véritable condition pathologique, la paroi vaginale antérieure déborde simplement la postérieure, et cela n'entraîne aucune conséquence fâcheuse si le périnée a conservé une tonicité suffisante. Il en est autrement dans le cas contraire; une sorte de hernie de la vessie tend à se prononcer à travers la vulve, car le réservoir urinaire, étroitement lié au vagin par sa face postérieure, ne peut s'en séparer; mais parfois cette hernie de la vessie est beaucoup plus apparente que réelle, à cause de l'épaississement considérable de la paroi vaginale qui la recouvre et exagère la saillie extérieure (fig. 264 et 265).

La paroi vaginale postérieure ne tarde pas à suivre ce mouve-

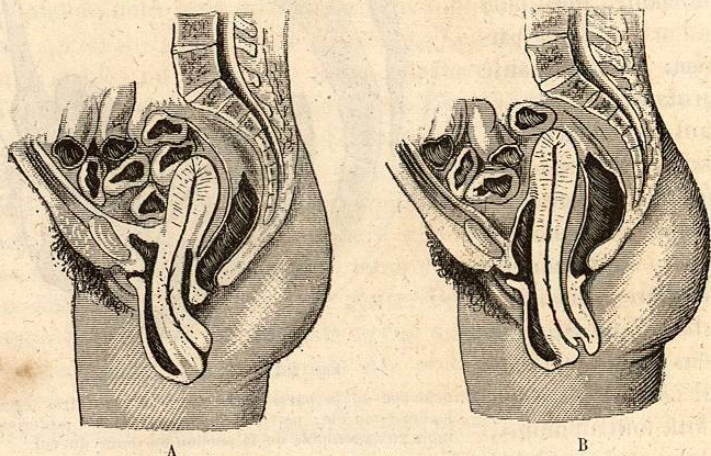


Fig. 265. — Prolapsus génital.

A. Procidence de la paroi antérieure du vagin avec cystocèle et élongation hypertrophique de la portion moyenne du col (Schröder); le cul-de-sac postérieur du vagin est conservé. — B. Procidence complète du vagin avec cystocèle et sans rectocèle. Élongation hypertrophique de la portion sus-vaginale du col; le cul-de-sac postérieur du vagin est inversé.

Rectocèle.

ment de descente; l'ampoule rectale dilatée s'insinue dans le repli vaginal; mais la laxité des liens existant entre l'intestin et la paroi postérieure du vagin empêche que le rectum soit entraîné d'emblée; la rectocèle est donc beaucoup moins fréquente que la cystocèle. Lorsque l'une et l'autre existent, le doigt introduit dans l'anus peut se recourber en crochet dans la partie postérieure de la tumeur qui sort de la vulve, tandis que le cathéter, également recourbé, promène son bec dans le segment antérieur. On a alors une saillie bilobée, d'ordinaire inégalement développée en avant et en arrière, qui se prononce et se tend sous l'influence des efforts et dont la surface présente encore un peu les plis et la couleur du vagin; mais le contact de l'air et les frottements modifient vite cette surface, l'épaississent, la durcissent et parfois l'ulcèrent.

Si la vessie (ce qui est absolument rare) ou le rectum (ce qui l'est beaucoup moins) n'a pas été entraînée par les parois du vagin, c'est le péritoine qui vient s'insinuer en arrière et en avant, creusant d'une façon démesurée le cul-de-sac vésico-utérin et le cul-de-sac de Douglas. Cela suppose une fixité très grande de l'utérus avec une flaccidité considérable de la séreuse, ou encore, d'après Freund, la persistance d'un état fœtal, car chez le fœtus les replis du péritoine descendent relativement beaucoup plus bas. Il est alors possible que l'intestin grêle s'insinue en avant ou en arrière, déprimant les parois du vagin et formant ce qu'on a appelé des hernies ou entéroécèles

Entéroécèles vaginales.

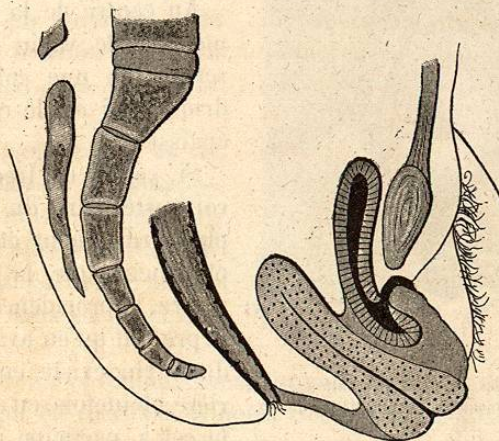


Fig. 266. — Prolapsus génital.

Procidence complète du vagin épaissi; légère cystocèle; effacement du cul-de-sac postérieur du vagin; hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

vaginales. En réalité, on doit classer ces lésions parmi les variétés très rares de prolapsus du vagin. Il n'existe que très peu de cas publiés de prolapsus vaginal avec entéroécèle antérieure¹, tandis que l'on rencontre bien moins exceptionnellement le prolapsus vaginal avec entéroécèle postérieure².

2° Procidence vaginale et prolapsus utérin simultanés, avec élongation hypertrophique secondaire de la portion sus-vaginale du col. — Les tractions exercées par le vagin prolapsé sur ses attaches au col de l'utérus finissent bientôt par agir sur lui. Il arrive d'ordinaire que ces attaches sont peu à peu désinsérées et glissent de haut en bas, de telle sorte que le museau de tanche disparaît sous l'effacement des culs-de-sac. Le vagin tirant toujours et l'utérus étant encore fixé supérieurement, le col, qui est tout entier devenu sus-vaginal, subit

Procidence simultanée du vagin et de l'utérus avec élongation du col.

¹ BREISKY. *Krankh. der Vagina*, 1886, p. 69. — ETHERIDGE. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 5 févr. 1887. (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 53, p. 535.)

² A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkrankh.*, 1887, p. 121.

une élévation progressive ; parfois il y a allongement et comme étirement sans hypertrophie ; le plus souvent, la congestion passive et l'inflammation qui règnent dans les organes prolapsés amènent un épaissement hypertrophique du col allongé ; mais cette hypertrophie est consécutive, secondaire, et non primitive. La marque et comme la signature de ce processus réside dans la disparition préalable du museau de tanche, absorbé par les efforts de traction.

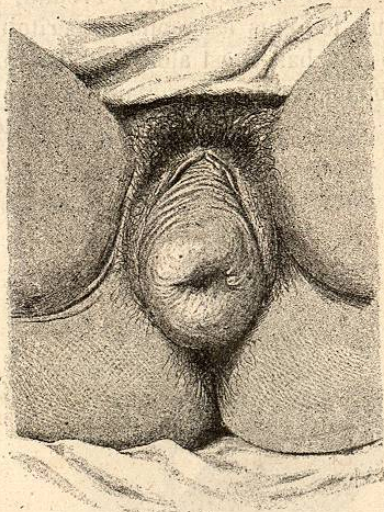


Fig. 267. — Prolapsus de l'utérus ; allongement hypertrophique considérable du col ; cystocèle.

Au centre de la tumeur formée par le vagin renversé, on sent alors une colonne cylindrique qui est le col allongé et épaissi. Si, ce qui est fréquent, la paroi postérieure du vagin a cédé plus tardivement et moins complètement que la paroi antérieure, la procidence vaginale ne se produit qu'en avant ; la cavité du vagin existe encore en arrière ; toutefois, en arrière aussi, le col a participé à l'hypertrophie, et celle-ci peut être appréciée par le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur persistant (fig. 264 et 265, A). Cette disposition curieuse, qui s'explique très simplement par les considérations précédentes, a donné lieu à une interprétation beaucoup plus compliquée de la part de Schröder. Il l'attribue à l'hypertrophie primitive du segment moyen du col, sous-vaginal ou libre en arrière, sus-vaginal en avant (fig. 269, bb).

Procidence du vagin et de l'utérus résultant d'une hypertrophie primitive du col.

3° Procidence du vagin et de l'utérus résultant d'un allongement hypertrophique primitif de la portion sus-vaginale du col. — Les faits de cet ordre, longtemps méconnus, que Huguier a cru beaucoup plus fréquents qu'ils ne le sont, en réalité, et que certains auteurs tendraient aujourd'hui à contester de nouveau (Virchow), ne sauraient être mis en doute. On observe, en effet, chez des femmes vierges, dont le vagin et le périnée sont parfaitement résistants et sans abaissement du corps de l'utérus, une inversion de la partie supérieure du vagin coexistant avec une hypertrophie du col, portant souvent à la fois sur la partie sous-vaginale (museau de tanche) et sur la partie profonde ou sus-vaginale¹. J'ai opéré un cas de ce genre dans

¹ HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, trad. franç., p. 559.

le service de mon regretté maître Gallard. On est bien forcé alors d'admettre que c'est l'allongement initial du col qui a entraîné en bas les attaches du vagin. Plus tard, du reste, les rôles peuvent être intervertis, et la procidence vaginale devient le phénomène principal et allonge le col à son tour. Quoi qu'il en soit, le point de départ a été inverse ; je crois qu'on doit attacher une grande valeur, pour sa détermination, à la conservation complète de la longueur du museau de tanche, souvent exagérée par l'hypertrophie. Elle est un sûr témoignage de l'absence de traction exercée à ce niveau par les insertions vaginales.

Rôle de l'hypertrophie du col dans les prolapsus génitaux. — Il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'hypertrophie du col et sur le rôle qu'elle joue dans les prolapsus génitaux.

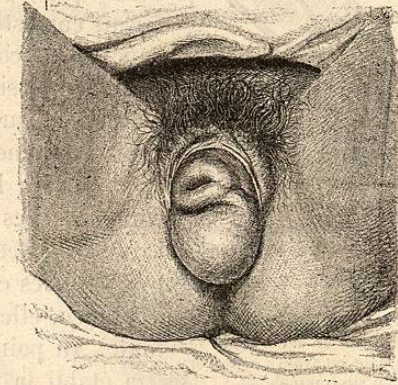


Fig. 268. — Prolapsus de l'utérus ; allongement hypertrophique du col ; rectocèle.

Rôle de l'hypertrophie du col.

L'hypertrophie et l'allongement du col, au-dessus des attaches du vagin, avaient été observés et notés isolément par quelques auteurs, mais aucun n'avait songé à lui donner une importance prépondérante, lorsque Huguier publia son célèbre mémoire¹. Il employa un grand talent pour démontrer, à l'aide de faits cliniques et de pièces anatomiques, que, dans l'immense majorité des cas, les *chutes de l'utérus* ont reçu une interprétation vicieuse ; il y a, dit-il, non pas *abaissement* ou *précipitation* ou *prolapsus* de la matrice refoulée en totalité hors de l'abdomen, à travers l'orifice vulvaire, à la façon d'une hernie, mais bien *allongement primitif de la portion sus-vaginale du col* qui, s'étant hypertrophiée et ne pouvant se développer du côté de l'abdomen, vient faire saillie à travers l'ouverture vaginale, entraînant avec elle le vagin et les viscères voisins qui lui adhèrent plus ou moins intimement. Ainsi, Huguier produisit une véritable révolution dans les notions jusqu'alors admises. Avant lui, la *chute* de l'utérus n'était que le dernier terme de l'*abaissement*, pour lequel on admettait trois degrés : 1° l'*abaissement* simple ; 2° la *descente*, où le col se présente entre les lèvres ; 3° la *chute* ou *précipitation* où le corps a suivi le col et pend tout entier hors de la

¹ HUGUIER. *Mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus*. Paris, 1860. — *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1859, t. XXIII, p. 279.

vulve¹. Or, les faits de cet ordre, sans hypertrophie préalable du col, constitueraient, d'après Huguier, la grande exception; dans l'immense majorité, l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col serait la lésion initiale engendrant le déplacement réel du vagin et apparent de l'utérus.

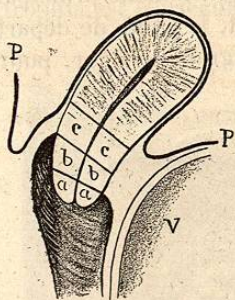


Fig. 269. — Division du col en trois parties (Schröder).

P, péritoine. — V, vessie. — a, portion sous-vaginale. — b, portion moyenne (sous-vaginale en arrière, sus-vaginale en avant). — c, portion sus-vaginale.

C'est lui qui caractérisait la maladie, et c'est à lui que s'adressait le traitement. Huguier faisait consister ce dernier dans l'amputation conoïde du col; celui-ci était d'abord disséqué entre la vessie et le rectum, puis sectionné aussi haut que possible² (fig. 270).

Si l'on cherche actuellement à apprécier avec justice la contribution apportée à nos connaissances par Huguier, on voit que, sans avoir la portée excessive qu'il lui a donnée, et que d'autres ensuite, comme Gallard³, lui ont attribuée, elle n'en est pas moins très importante. Au point de vue anatomo-pathologique, il a établi la fréquence extrême de l'allongement hypertrophique sus-vaginal du col dans

les prolapsus génitaux. Cette hypertrophie, il est vrai, n'est pas toujours, contrairement à son opinion, le fait primordial; elle est le

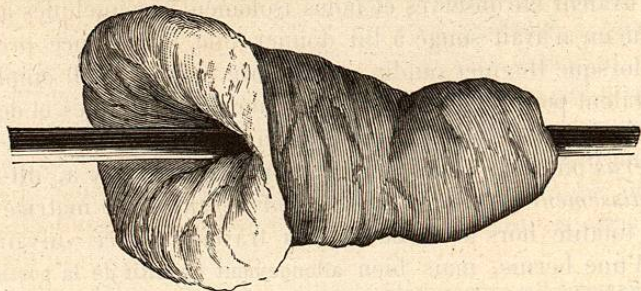


Fig. 270. — Amputation conoïde du col de l'utérus (procédé de Huguier).
Portion du col ainsi obtenue (elle est traversée par une sonde). Grandeur naturelle.

plus souvent une élongation secondaire, due à la traction exercée par le vagin prolabé, et l'hypertrophie n'est elle-même que consécutive à la stase sanguine, favorisant la production d'une métrite cervicale parenchymateuse. Mais le fait existe; il avait été méconnu, et Huguier

¹ COURTY. *Traité prat. des mal. de l'utérus*, 1881, p. 589.

² J'ai plusieurs fois pratiqué cette opération, et j'ai acquis la conviction qu'elle constituait un temps préliminaire précieux. Mais, pratiquée selon le procédé de Huguier, sans affrontement des muqueuses par une suture, elle expose à des rétrécissements qui, sans grande importance chez les vieilles femmes, sont un inconvénient sérieux, chez les femmes encore réglées.

³ GALLARD. *Leçons clin. sur les mal. des femmes*, 1879, p. 785.

a eu le mérite de le mettre en relief. Il a eu encore celui de faire entrer dans le traitement l'amputation du col hypertrophié. Certes, il a eu tort de la juger suffisante; mais, si l'on se souvient de l'insuccès presque constant des opérations plastiques avant l'antisepsie, on avouera que Huguier est excusable d'avoir partagé à leur égard le découragement de presque tous ses contemporains. Quoi qu'il en soit, l'amputation du col est restée, dans la thérapeutique, comme temps préliminaire important des opérations pratiquées dans la plupart des prolapsus.

Quelle est la nature de l'hypertrophie du col? Quand elle succède

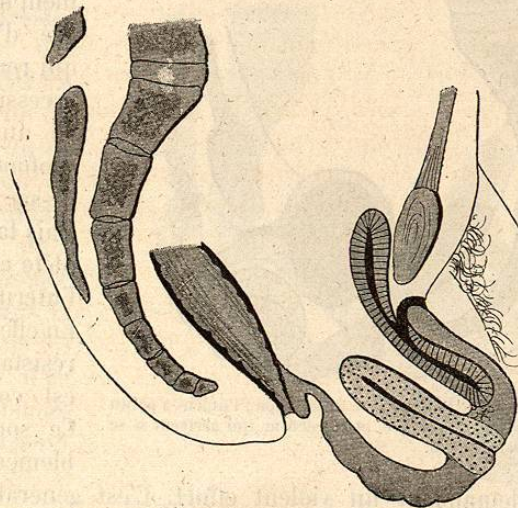


Fig. 271. — Prolapsus de l'utérus primitif, sans hypertrophie du col, consécutif à une rétroversion.

à la traction continue du vagin prolabé et à l'élongation qui en est la suite, on ne peut se refuser à y voir un processus inflammatoire. Mais, lorsque l'hypertrophie se produit d'emblée, primitivement, d'où provient-elle? Est-elle le résultat d'une prédisposition congénitale de l'ordre des malformations, prédisposition qui ne manifesterait ses effets qu'au moment du complet développement de l'organe, sous l'incitation de la puberté ou après la suractivité nutritive du traumatisme d'une grossesse? Est-elle, même alors, l'indice d'une métrite parenchymateuse localisée au col, comme Gallard incline à le penser? Il est possible que l'un et l'autre de ces facteurs agissent à tour de rôle ou simultanément. L'examen histologique⁴ des cols amputés n'a

⁴ OLIVIER a donné le résumé d'examen histologiques faits par lui sur des cols que j'avais enlevés par le procédé de Huguier, dans le service de Gallard. Il n'a pas trouvé d'hypertrophie, mais une artério-sclérose localisée. OLIVIER, in ENNET. *Pratique des maladies des femmes*, trad. franç., p. 496, et *Note sur un cas d'allongement hypertrophique* *Annal. de gyn.*, sept. 1881, t. XVI, p. 202).

pas donné de résultats bien instructifs; ils avaient, à peu de chose près, la structure de l'utérus atteint de métrite. On n'a pas, du reste, assez distingué les pièces provenant d'une hypertrophie secondaire à l'élongation de celles où l'hypertrophie est le phénomène initial. Les lésions inflammatoires pouvaient souvent être non primitives mais secondaires, car tout utérus abaissé est presque fatalement voué à l'infection extérieure de l'endométrite catarrhale.

Procidence
sans
hypertrophie.

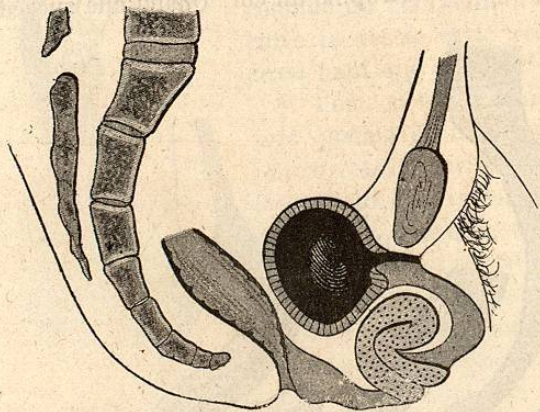


Fig. 272. — Prolapsus de l'utérus avec antéflexion; l'utérus a perdu ses connexions avec la vessie et le rectum qui arrivent à se toucher au-dessus de lui.

Déviations.

Rapports
des organes
voisins.

4° Procidence de l'utérus et du vagin sans hypertrophie du col. On observe fréquemment un certain degré d'abaissement qui rend le col plus accessible au doigt, en augmentant la profondeur des culs-de-sac vaginaux. Mais la chute complète et brusque de l'utérus est rare. En effet, la force de résistance à vaincre est considérable¹. Ce sont là véritablement des *hernies de force*, demandant un violent effort. C'est généralement alors l'utérus qui entraîne le vagin après lui; il est à peu près indispensable, pour qu'un effort ait assez de prise sur l'utérus pour le déplacer vers la vulve, que l'organe soit déjà en rétroversion (fig. 271).

Quand l'utérus a franchi la vulve, il peut, au milieu de l'espèce de sac herniaire où il est contenu, subir des déviations sur son axe et se placer en antéflexion (fig. 272) ou en rétroflexion (fig. 273).

Enfin, on a observé l'inversion combinée au prolapsus.

Les rapports des organes voisins varient, selon les variétés et les degrés; d'une façon générale, plus le col est hypertrophié (et par col il faut ici toujours entendre la portion sus-vaginale ou profonde et non pas le museau de tanche), plus les replis du péritoine sont

¹ BASTIEN et LEGENDRE (*Bull. de la Soc. de chir.*, 15 avril 1859. t. IX, p. 417) ont assurément exagéré cette résistance. Il faut, disent-ils, exercer sur le cadavre une traction de 15 à 20 kilogrammes pour abaisser le col jusqu'à la vulve, et de 50 kilogrammes pour lui faire franchir cet orifice. L'expérience clinique journalière apprend qu'on peut momentanément obtenir ces résultats chez la plupart des femmes, sans violence véritable; mais l'abaissement ainsi obtenu disparaît normalement, dès que la traction cesse, par l'élasticité des tissus. Ce qui constitue l'état pathologique, c'est l'abaissement persistant, résultant des ressorts forcés.

éloignés de l'orifice utérin; ils en sont donc très rapprochés dans la variété que j'étudie maintenant! (fig. 271).

Quand il existe un degré prononcé de rectocèle (fig. 273), les matières fécales peuvent s'accumuler et se durcir dans le cul-de-sac qui déprime le vagin.

La cystocèle arrive bientôt à donner à la vessie la forme d'un bissac dont la poche inférieure, située au-dessous de l'orifice interne de l'urèthre, permet la stagnation de l'urine (fig. 265 et 271); il y a donc souvent dilata-

tion de la vessie, des uretères, des bassinets et des calices, par suite du tiraillement ou de la compression de la partie terminale des uretères¹. On a indiqué la présence de calculs dans la cystocèle; mais les observations n'en sont pas aussi nombreuses qu'on pourrait le prévoir *a priori*².

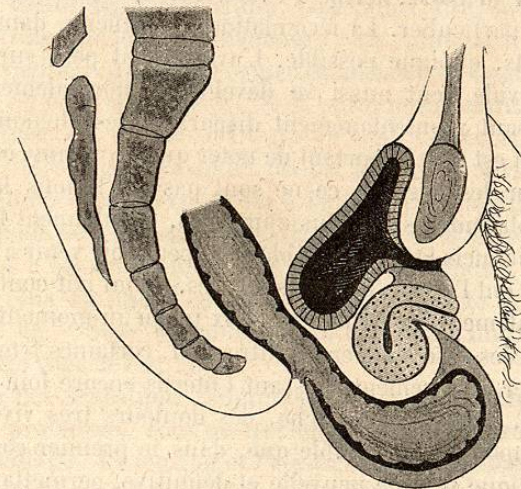


Fig. 273. — Prolapsus de l'utérus avec rétroflexion; rectocèle.

Il faut noter l'épaississement de la muqueuse du vagin, qui prend parfois la consistance de la peau ou du cuir, son aspect blanchâtre ou violacé, parfois l'œdème des parties prolabées, enfin l'ulcération ou l'ectropion de l'orifice du col, ou des écorchures et des ulcères dus au frottement de la surface de la tumeur.

L'immense majorité des utérus prolabés sont atteints de métrite. La salpingite chronique est également assez fréquente.

Symptômes. — Le prolapsus aigu, comme on l'a appelé, ou celui qui se produit brusquement dans un violent effort, comme une hernie de force, est rare, mais a été observé. On voit alors pendre hors de la vulve, immédiatement après la violence qui l'a causée, une tumeur formée soit par la paroi antérieure du vagin seulement, soit aussi par l'utérus lui-même. Une douleur intense, parfois une syncope et une péritonite, accompagnent ces phénomènes.

¹ FERÉ. *Note sur les lésions des organes urinaires consécutives à la chute de l'utérus* (*Progrès méd.*, 1884, p. 22).

² VARNIER. *Des cystocèles vaginales compliquées de calculs, avec ou sans chute de l'utérus*. Paris, 1886.

Calculs.

Ulcères.

Symptômes.
Prolapsus aigu.