

jours qui précèdent ou qui suivent immédiatement les règles. L'influence de certaines saisons, ou de l'époque correspondant à une conception antérieure, a été invoquée comme favorable (Cohnstein) : on ne peut guère, en pratique, compter sur cette chance problématique.

b. *Traitement général.* — Le traitement général joue un rôle préventif chez les jeunes filles chlorotiques, anémiques, mal réglées, et peut être curatif, dans des conditions analogues, chez la jeune femme. S'il n'y a qu'un simple retard dans le développement de l'appareil génital, une hygiène appropriée, des toniques, l'exercice au grand air, les premiers rapprochements même, hâteront la maturation de l'organisme.

On traitera l'obésité et les diverses diathèses par un régime convenable et par l'hydrothérapie thermo-minérale.

Dans les états cachectiques avancés (tuberculose, cancer, etc.), il y a, au contraire, intérêt à ne pas favoriser la fécondation.

c. *Fécondation artificielle.* — Tentée, pour la première fois, avec succès, sur une chienne, par Spallanzani, en 1767, sur la femme, par Girault (1), en 1838, et depuis, par bon nombre de gynécologues, cette pratique a été longtemps tenue en suspicion. La Société de médecine légale, dans sa séance du 10 décembre 1883, lui a donné sa consécration, dans des conditions déterminées et à titre exceptionnel.

D'une manière générale, on ne pratiquera la fécondation artificielle que sur la demande des intéressés et après s'être assuré de la vitalité et du nombre des spermatozoïdes du mari, de la bonne conformation de l'appareil génital de la femme, de l'absence de toute lésion utérine ou péri-utérine dangereuse ou incompatible avec la marche régulière d'une grossesse, de la régularité de la menstruation et du défaut de tare constitutionnelle grave chez l'un ou l'autre des deux conjoints (tuberculose, syphilis, cancer, épilepsie, etc.).

En cas d'affection génitale légère (endométrite, vaginite), l'opération ne serait faite qu'après traitement préalable. Le moment le plus favorable est celui qui suit ou précède immédiatement la période menstruelle. On sera autorisé à renouveler plusieurs fois la tentative; mais, après cinq ou six échecs, il n'y a pas lieu, croyons-nous, de conserver beaucoup d'espoir de succès (2).

(1) *Étude sur la génération artificielle dans l'espèce humaine*, 1869. Voir aussi : Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*; Pajot, *Archiv. génér. de méd.* t. IX; Leblond, *Traité élém. de chirurgie gynéc.*, 1878, etc.

(2) Voir pour la technique, à la 2^e partie.

LIVRE III

MALFORMATIONS, LÉSIONS TRAUMATIQUES ET DÉFORMATIONS

Les malformations constituent une classe pathologique à part. Il est naturel d'en rapprocher les déformations, et, de celles-ci, les traumatismes qui, généralement, les engendrent.

CHAPITRE PREMIER

MALFORMATIONS.

De chaque côté de la ligne médiane de l'embryon, se développe l'*éminence génitale*, subdivisée en deux saillies, l'une externe ou *pli uro-génital*, dans laquelle se forment, d'avant en arrière: le *canal de Müller*, le *corps de Wolff* et le *rein avec l'uretère*; l'autre, interne, ou *éminence sexuelle*, dans laquelle se développe l'ovaire.

Ces trois organes: *canal de Wolff*, *canal de Müller* et *uretère* aboutissent, en bas, au cloaque (le premier, en avant, le second, au milieu et le troisième, en arrière), entre l'embouchure de l'allantoïde et celle du rectum. En haut, le canal de Wolff et le rein se terminent dans l'épaisseur du feuillet moyen, et le canal de Müller débouche dans la cavité pleuro-péritonéale.

Les corps de Wolff, qui remplacent transitoirement les reins, sont formés, chacun, d'un conduit principal, *conduit excréteur*, sur lequel se branchent perpendiculairement des tubes secondaires qui aboutissent à des glomérules analogues aux glomérules rénaux. Chez l'homme, la portion supérieure du corps de Wolff constitue l'*épididyme*, et le canal excréteur devient le *canal déférent*; la portion inférieure seule s'atrophie et devient le *corps de Giralde*.

Chez la femme, le corps de Wolff s'atrophie en entier, et devient le *corps de Rosenmüller*.

Celui-ci, compris dans l'aile de la trompe, se distingue en *épo-*

phore (Waldeyer) et *paroophore* (Waldeyer) ou *parovarium* (His).

L'*époophore* représente la portion supérieure du corps de Wolff. Il est constitué par une vingtaine de canalicules qui, naissant au voisinage du hile de l'ovaire, par une extrémité arrondie, se dirigent vers la trompe et se jettent ordinairement dans un canal commun qui lui est parallèle. Celui-ci fait partie du *canal de Gartner*, ou débris du canal excréteur du corps de Wolff, qui longe la paroi latérale de l'utérus, immédiatement en dedans de l'artère utérine, dont il a à peu près le diamètre (Pilliet), et se continue jusqu'au voisinage du méat urinaire. Les tubes verticaux de l'*époophore* sont tapissés d'épithélium prismatique cilié et le canal de Gartner, d'épithélium à cellules cylindriques.

Le *paroophore* ou *parovarium* correspond à la portion inférieure du corps de Wolff. Il est constitué par des corpuscules arrondis, disséminés entre les tubes verticaux de l'*époophore* et revêtus, à leur intérieur, d'épithélium cylindrique.

Les canaux de l'*époophore* se continuent, au niveau du hile de l'ovaire, avec des débris des canaux séminifères qui pénètrent dans l'organe sous forme de cordons pleins, de tubes creux ou d'un corps réticulé plexiforme, et se mettent souvent en rapport avec un réseau semblable qui recouvre la surface de l'ovaire (Pilliet).

Nous insistons, avec intention, sur ces détails qui trouvent ici leur place, et qui nous seront indispensables pour l'étude pathogénique des kystes du ligament large et du vagin.

I. — Malformations des organes génitaux profonds

Les deux canaux de Müller, qui ne sont représentés, chez l'homme, que par l'utricule protastique, donnent naissance aux trompes, dont les pavillons correspondent aux orifices embryonnaires des conduits, à l'utérus et au vagin qui, primitivement, sont doubles. Le dédoublement se fait de la profondeur à la superficie.

Les malformations de l'utérus et du vagin proviennent : 1° d'une *insuffisance de développement*, absolue ou relative, des canaux de Müller ; 2° d'un *défaut de fusionnement*, total ou partiel, de ces mêmes organes ; 3° de *l'avortement* de l'un d'eux.

1° Malformations par insuffisance de développement des deux canaux de Müller.

A. UTERUS. — L'*absence complète de l'utérus* est extrêmement rare, si même elle existe ; on la confond avec l'*état rudimentaire*. Dans

l'*utérus bipartitus*, le col existe et le corps est réduit à une bandelette qui s'étend de l'une à l'autre trompe et représente des cornes rudimentaires. Il faut signaler encore l'*absence* ou le *développement incomplet* du col.

L'*utérus infantile* (fig. 28) présente un corps très petit, et un col deux ou trois fois plus long (comme au moment de la naissance), conique ou tapiroïde, un orifice externe ordinairement sténosé (fig. 29), et une longueur totale ne dépassant guère 4 centimètres.

L'*utérus fœtal* représente un état



Fig. 28. — Utérus infantile (d'après Schröder).

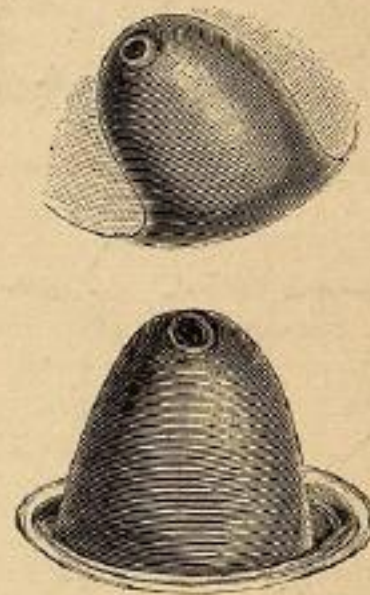


Fig. 29. — Col conique avec sténose de l'orifice externe.

un peu moins avancé que l'utérus infantile et ne s'en distingue que par un détail de peu d'importance : l'extension des plis de l'arbre de vie jusqu'au fond de l'organe.

L'*utérus pubescent* est dû à un arrêt de développement au cours de l'enfance. L'organe tout entier est plus petit, plus mince qu'à l'état normal.

B. VAGIN. — Le *développement rudimentaire* du vagin ne diffère de l'*absence complète* de ce même organe que par l'existence de traînées conjonctives suivant son trajet. Ces deux malformations, qui, au point de vue des dangers opératoires, méritent d'être distinguées, sont totales ou partielles. C'est la partie inférieure du

vagin qui existe le plus souvent, sous forme d'un cul-de-sac de 2 ou 3 centimètres de long admettant à peine le doigt. Pozzi pense qu'il faut voir, dans cet état, la persistance ou l'allongement anormal du canal vestibulaire. Parfois, c'est la partie médiane du vagin qui manque : Schröder veut y voir l'oblitération de l'un des conduits de

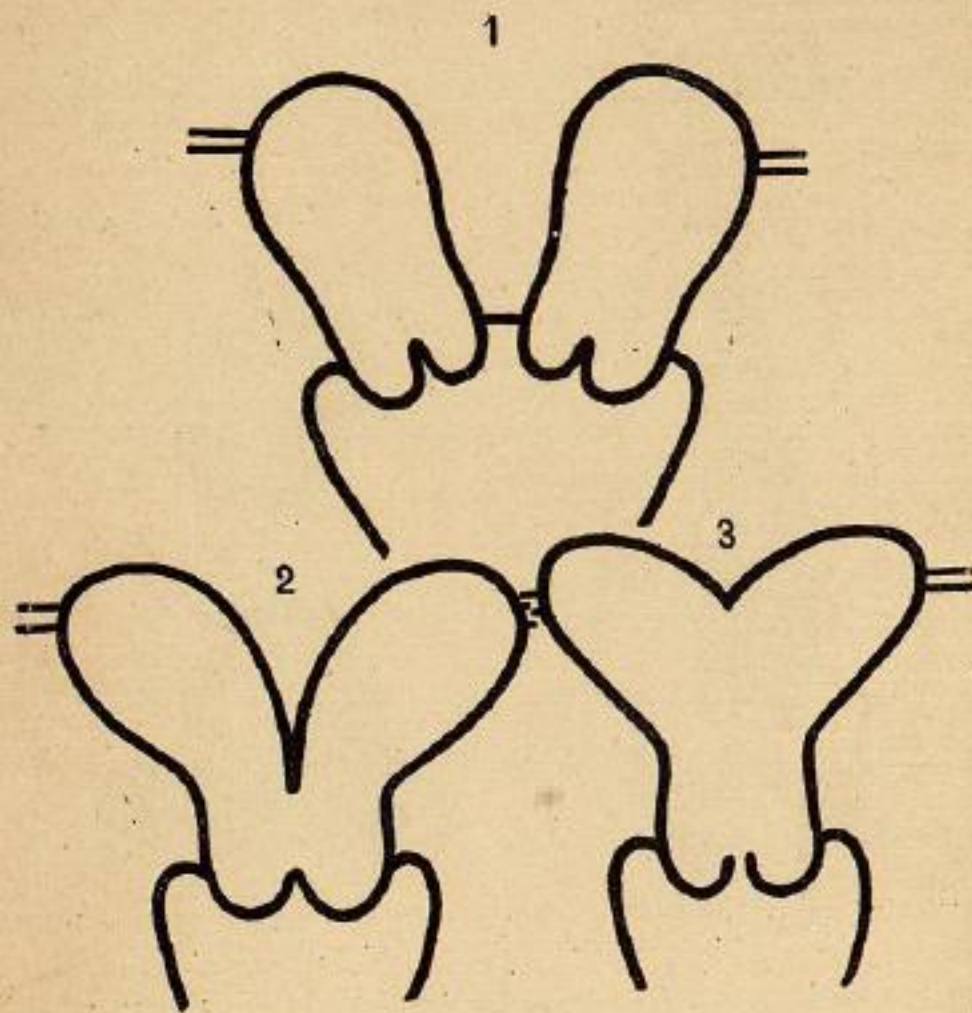


Fig. 30. — Malformations utérines par défaut de fusionnement des conduits de Müller (schéma d'après Auvard). — 1, Utérus didelphe; 2, Utérus bicorne unicervical; 3, Utérus arqué.

Müller vers le bas, et de l'autre, vers le haut. Pour Pozzi, il y aurait plutôt arrêt de développement du vagin à sa partie inférieure et persistance du canal vestibulaire.

Les atrésies ou sténoses transversales de l'utérus et du vagin ne sont probablement que des arrêts de développement très localisés, survenant avant ou après la canalisation des conduits de Müller.

2° Malformations par défaut de fusionnement des canaux de Müller.

A. VAGIN DOUBLE ET UTÉRUS BILOCULAIRE. — Le cloisonnement longitudinal du vagin, par défaut de fusionnement des canaux de

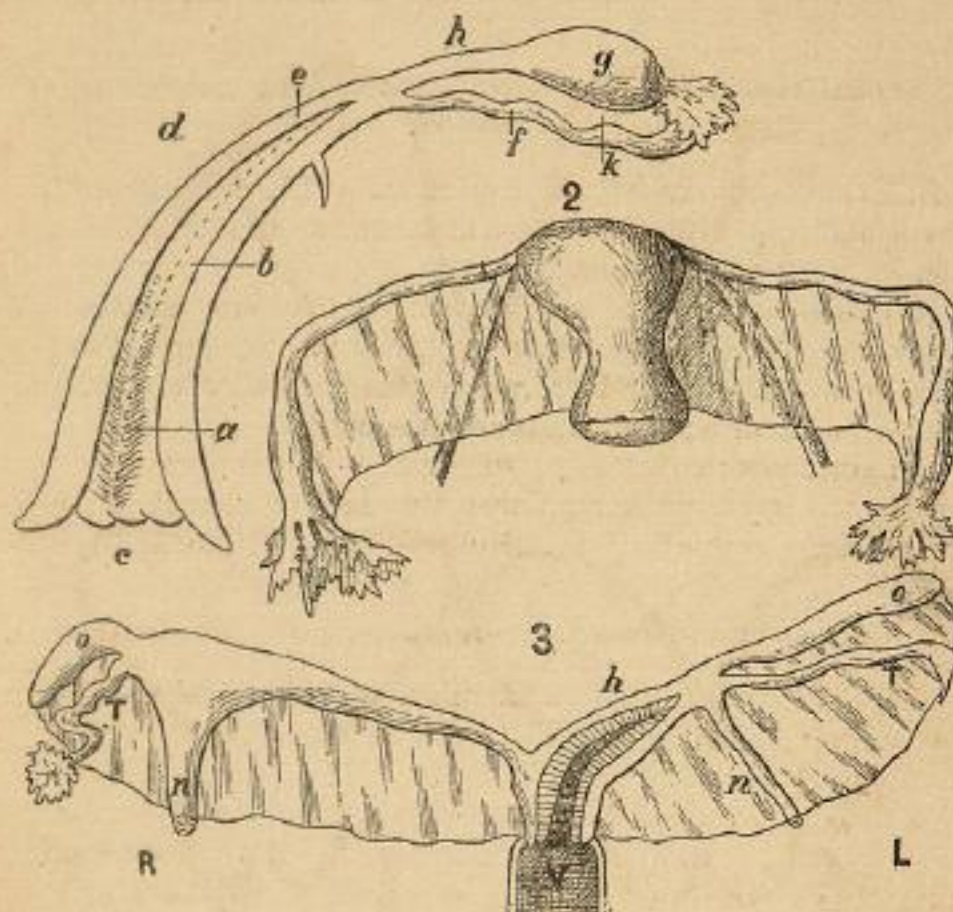


Fig. 31. — 1, Utérus infantile unicorne gauche (schéma d'après P. Müller). — a, Portion cervicale; b, Corps; cd, Axe longitudinal du corps du fœtus; e, Sommet de la cavité utérine; ce, Axe longitudinal du corps de l'utérus; f, Trompe; g, Ovaire; h, Ligament de l'ovaire; k, Parovarium. — 2, Obliquité congénitale de l'utérus. Développement incomplet du côté droit (schéma d'après Tiedemann). — 3, Utérus unicorne (schéma d'après Schröder). — R, Côté droit; L, Côté gauche; la corne gauche (h) est normalement développée et communique avec la cavité utérine. La corne droite se présente sous la forme d'une bandelette allongée; son point de jonction avec la trompe est indiqué par l'insertion du ligament rond qui est hypertrophié; r, Ligament rond; O, Ovaire; T, Trompe; V, Vagin.

Müller, coïncide ordinairement avec la bilocularité de l'utérus, due à la même cause.

La cloison est totale ou partielle. Si l'un des vagins, incomplé-

tement développé, n'aboutit pas à l'extérieur, il prend le nom de *vagin borgne latéral*.

La *duplicité de l'orifice du col* se rapporte évidemment à un défaut partiel de résorption.

B. **UTÉRUS DIDELPHE**, etc. — L'utérus *didelphe*, l'utérus *bicorne univertical* et l'utérus *arqué* ne peuvent être dus qu'à un défaut de rapprochement et de fusion des canaux de Müller (fig. 30).

3° Malformations par avortement de l'un des conduits de Müller.

A. **UTÉRUS UNICORNE ET VAGIN UNILATÉRAL**. — L'avortement de l'un des conduits de Müller aboutit à la formation de l'utérus *unicorne* (fig. 31) et du *vagin unilatéral*.

B. **UTÉRUS AVEC CORNE RUDIMENTAIRE**. — L'utérus *unicorne* se rapproche de l'utérus *avec corne rudimentaire*. Cette expression n'a trait qu'au calibre, car la corne avortée est ordinairement plus longue que l'autre; il n'y a pas de corps utérin.

C. **DÉVELOPPEMENT INCOMPLÉT UNILATÉRAL**. — Le développement *incomplet unilatéral*, qui se rapproche plus de l'état normal que l'utérus *unicorne*, donne lieu à la *latéroverson* congénitale (fig. 31, n° 2).

II. — Malformations des organes génitaux externes.

Le *cloaque* est un renflement voisin de l'extrémité caudale de l'embryon, auquel aboutit l'intestin, en arrière, l'allantoïde, en avant (fig. 32, n° 1).

Le cloaque est d'abord interne. Au milieu, s'ouvrent le canal de Wolff, le canal de Müller et l'uretère, d'abord par un orifice commun, puis par des orifices distincts qui se succèdent d'avant en arrière.

Vers la sixième semaine, apparaît extérieurement, dans la région correspondant au cloaque, le *tubercule génital* entouré d'un repli, le *repli génital*. La tubercule génital se creuse d'un sillon, *sillon génital*, qui se porte à la rencontre du cloaque interne et, s'ouvrant à son intérieur, constitue le *cloaque externe* (fig. 32, n° 1 et 2).

Puis le cloaque est divisé de haut en bas, par la progression de l'éperon périnéal, en *anus* et *sinus uro-génital*. Celui-ci se segmente à son tour, à sa partie supérieure, en *canal de l'urètre* et *ouverture du vagin*, et sa partie inférieure prend le nom de *canal vestibulaire* (fig. 32, n° 3, 4 et 5).

Le *repli génital* constitue les grandes lèvres (fig. 33); le *tubercule génital*, le clitoris. Chez l'homme, les bords du sillon génital se

soudent pour former la portion pénienne de l'urètre. Chez la femme, ils restent séparés en arrière pour constituer les petites lèvres, les bulbes du vagin et l'hymen, dont l'ensemble représente le bulbe chez l'homme; en avant, ils se soudent au niveau du *gland du clitoris*; à leur partie moyenne, ils avortent, d'où l'ab-

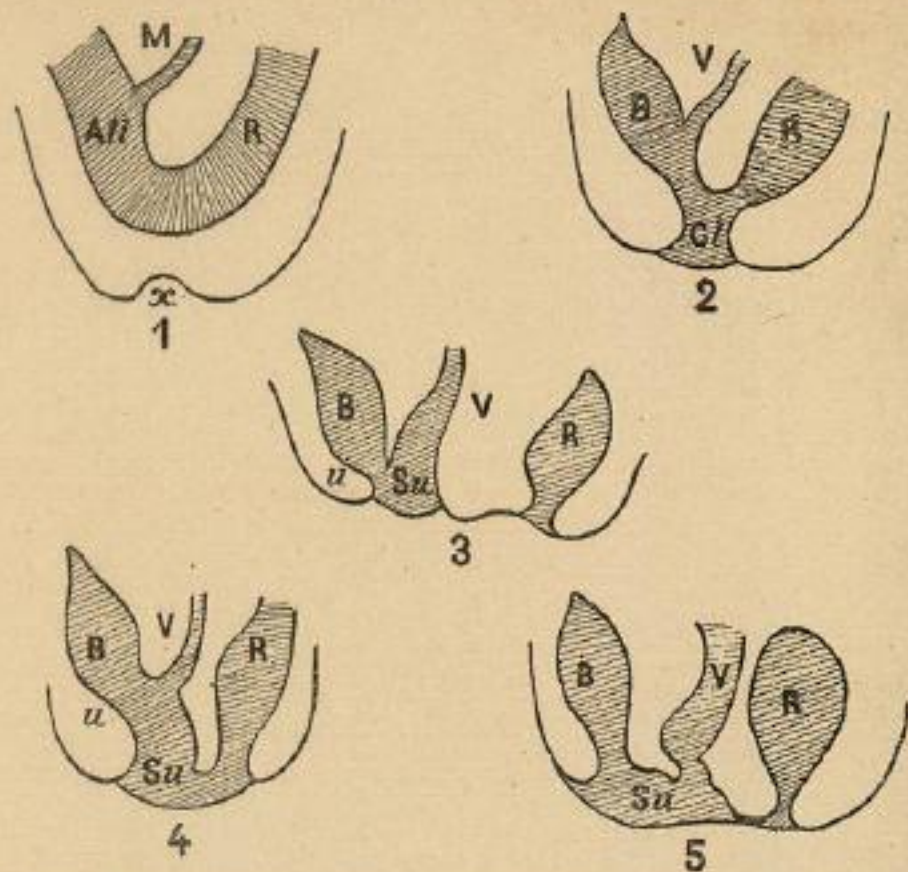


Fig. 32. — Développement des organes génitaux externes (schéma d'après Schroder). — 1, R, Rectum continu avec; All, allantoïde (vessie) et M, canal de Müller (vagin); x, dépression de la peau au-dessus du tubercule médian: elle progresse en dedans. — 2, La dépression gagne en dedans, et devenant continue avec le rectum et l'allantoïde, ferme le cloaque et. — 3, Le cloaque se partage en sinus uro-génital, Su, et R, rectum avec l'anus, par l'abaissement de la cloison périnéale. Les canaux de Müller sont réunis pour former le vagin V, en arrière de la vessie B, et de l'orifice de l'urètre u. — 4, Le périnée est complètement constitué. — 5, La partie supérieure du sinus uro-génital se resserrant pour former l'urètre, la partie inférieure persiste et forme le vestibule Su, auquel aboutissent l'urètre et le vagin.

sence de *portion clitoridienne* de l'urètre. Leurs vestiges, très visibles chez les petites filles, sont représentés par la *bride masculine* qui se porte du méat urinaire au clitoris, et par l'*hymen uréthral* qui entoure le méat.

Hymen vrai, hymen uréthral et bride masculine, en continuité directe, d'arrière en avant, constituent l'*appareil hyménal* (Pozzi).

Nous verrons plus loin que l'existence de l'hymen urétral explique facilement la genèse des polypes vasculaires du méat et leur identité de structure avec l'hypertrophie simple et le prolapsus de la muqueuse urétrale.

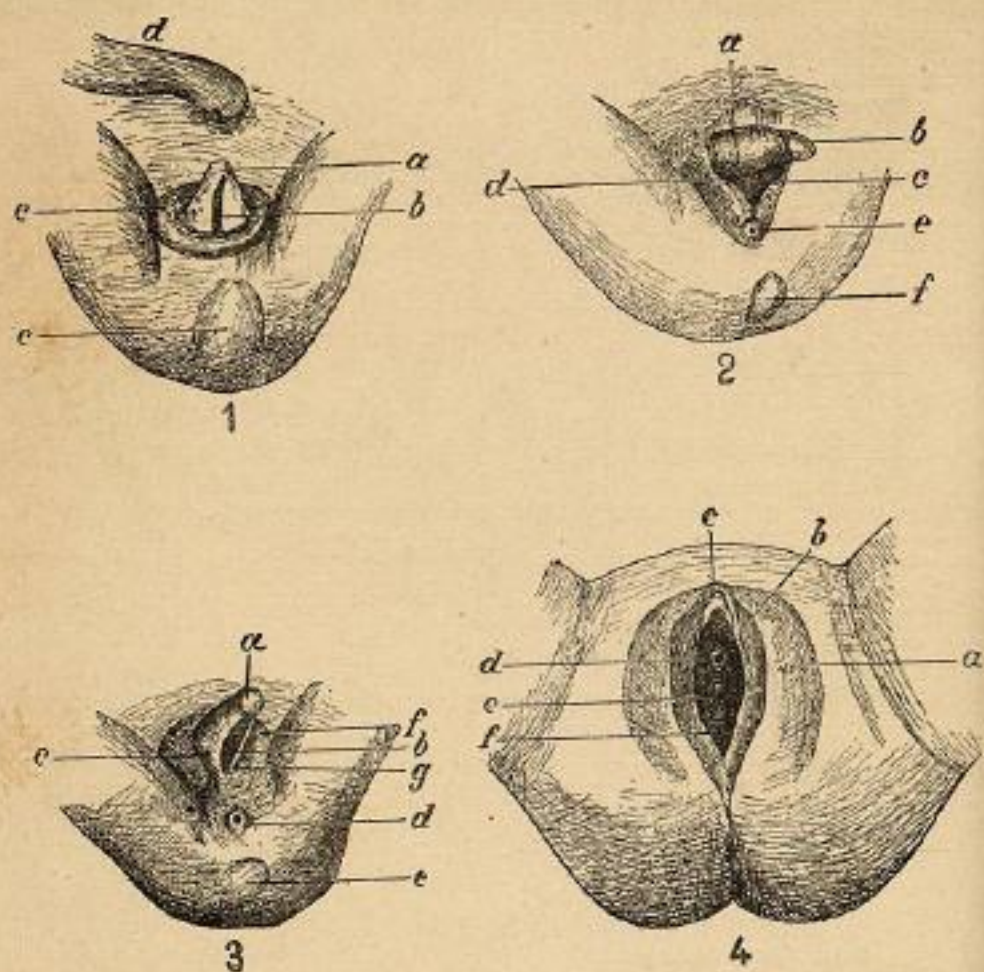


Fig. 33. — Développement des organes génitaux externes (d'après Ecker). — *Type indéterminé* : 1 (embryon de 0^m,020) ; a, Gland ; b, Sillon génital ; c, Plis génitaux externes (grandes lèvres ou plis scrotaux) ; d, Cordon ombilical ; e, Extrémité caudale et tubercule coccygien. — 2 (embryon de 0^m,027) ; a, Tubercule génital ; b, Gland ; c, Sillon génital ; d, Plis génitaux externes (grandes lèvres ou plis scrotaux) ; e, Anus ; f, Extrémité caudale du tubercule coccygien. — *Type féminin* : 3 (embryon de 0^m,031) ; a, Gland du clitoris ; b, Sillon génital ; c, Plis génitaux externes (grandes lèvres) ; d, Anus ; e, Extrémité caudale et tubercule coccygien ; f, petites lèvres ; g, Sinus uro-génital. — 4 (embryon du commencement du 6^e mois) ; a, Plis génitaux externes (grandes lèvres) ; b, petites lèvres ; c, prépuce du clitoris ; d, ouverture de l'urètre ; e, ouverture du vagin ; f, hymen.

L'absence ou l'arrêt de développement du tubercule génital aboutit à l'absence ou à l'état infantile de la vulve. Cette malformation, facile à reconnaître, a une grande importance au point de

vue clinique, attendu qu'elle coïncide ordinairement avec un arrêt de développement des organes génitaux internes.

L'absence de développement et de fission du tubercule génital aboutit à l'absence de vulve, avec atrésie du vagin et de l'urètre

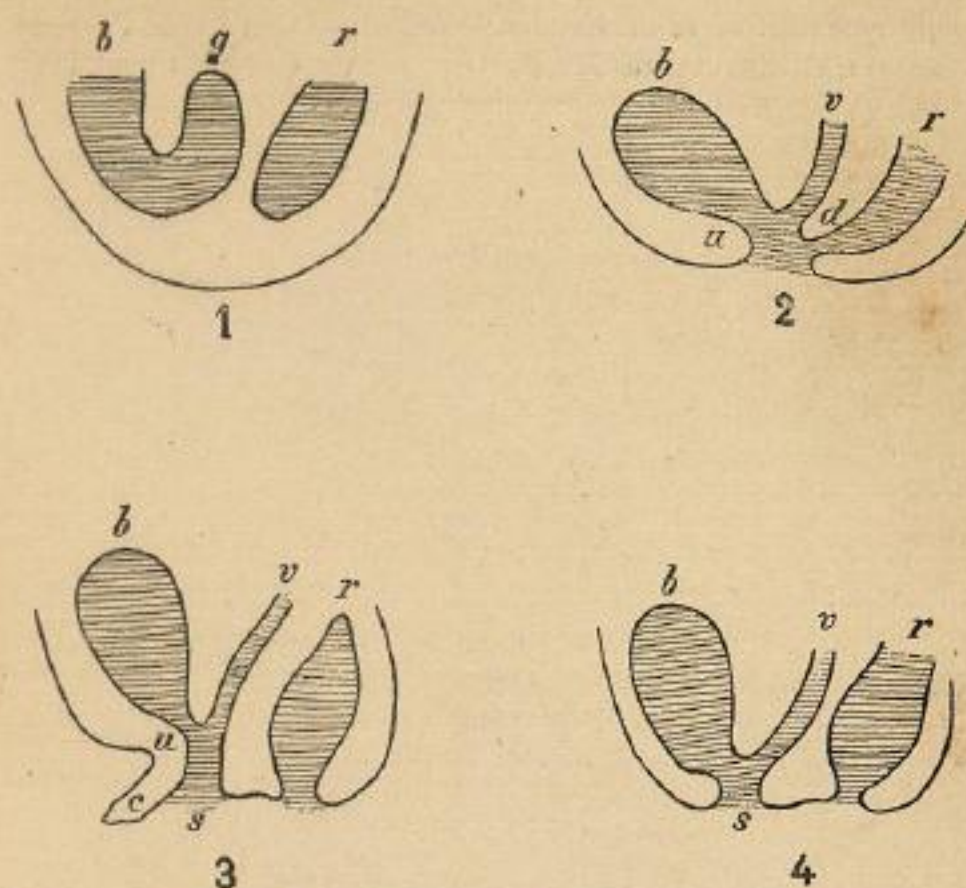


Fig. 34. — Malformations des organes génitaux externes (schéma d'après Schroder). — 1, Atrésie complète de la vulve. L'allantoïde s'est séparée du rectum r ; la vessie b et le canal génital g sont distendus par l'urine. — 2, Sténose ano-vulvaire. Le périnée d ne s'est pas formé et le cloaque persiste ; la vessie b, le vagin v et le rectum r aboutissent à ce cloaque commun ; u, urètre. — 3, Hypospadias chez la femme, 1^{er} degré coïncidant avec une hypertrophie du clitoris ; s, Sinus uro-génital persistant auquel succède un long canal vestibulaire ; a, Urètre, et v, Vagin s'ouvrant dans le canal vestibulaire ; c, clitoris hypertrophié. — 4, Hypospadias proprement dit chez la femme. L'allantoïde tout entière s'est transformée en vessie b, celle-ci s'abouche directement, sans l'intermédiaire d'un urètre, dans le sinus uro-génital s, c'est-à-dire dans le vestibule ; v, Vagin ; r, Rectum.

(fig. 34, n° 4). Suivant qu'il y a, ou non, cloisonnement du cloaque, les trois conduits, urètre, vagin et anus, communiquent entre eux, ou non. Il peut y avoir simplement : absence des grandes lèvres, absence ou hypertrophie des petites lèvres (fig. 33) (tablier des Hottentotes), hypertrophie du clitoris, suivant que la malformation porte

isolément sur le repli génital, sur la partie postérieure ou sur la partie antérieure du sillon génital.

La seule absence de cloisonnement du cloaque donne lieu à la *sténose ano-vulvaire* ou *vestibulaire*, ainsi nommée d'après l'étrécissement du conduit unique par lequel urètre, vagin et anus débouchent à l'extérieur (fig. 34, n° 2). Comme le fait remarquer Pozzi, l'hymen vaginal n'étant qu'un vestige du *corps spongieux* de l'homme, il n'y a pas lieu de s'étonner de la grande variété de sa forme, de son

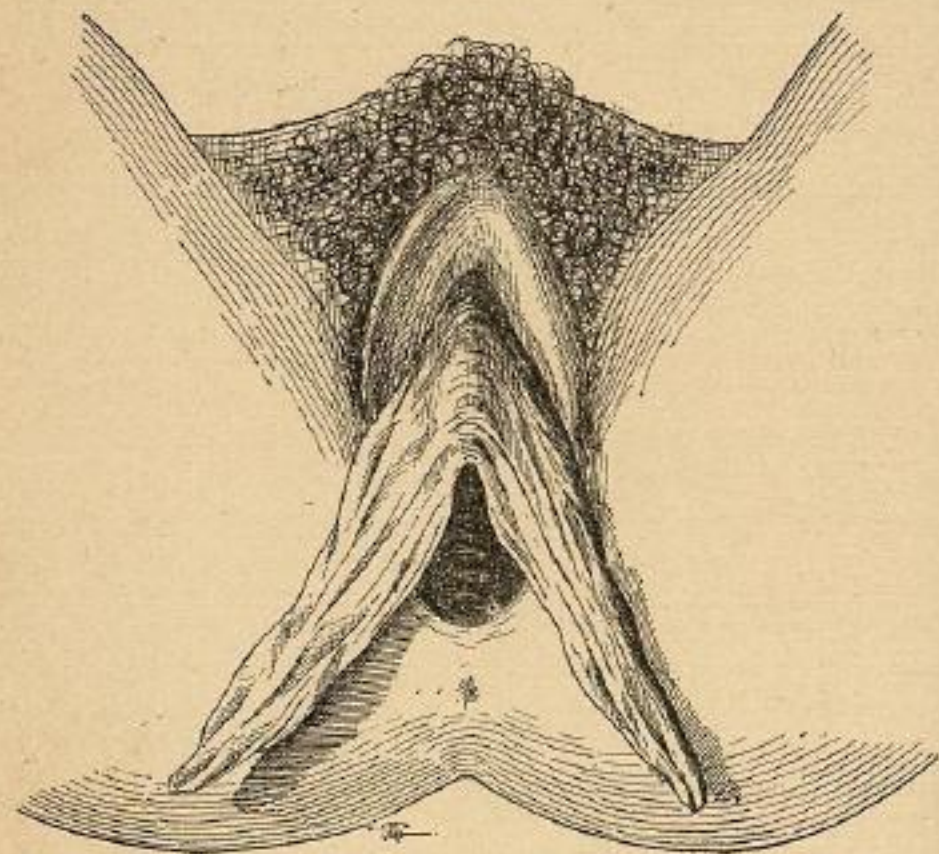


Fig. 35. — Hypertrophie des petites lèvres (S. Bonnet et Paul Pellé).

épaisseur, et de sa consistance. L'imperforation de l'hymen existe, mais est assez rare; on la confond ordinairement avec l'atésie du vagin par imperforation ou accolement de ses parois: la tumeur, formée par l'accumulation de sang ou de sécrétions, au-dessus de l'obstacle, venant s'appliquer contre l'hymen, en bouche l'orifice et se confond en apparence avec lui.

L'hymen urétral peut être également assez développé pour obturer complètement le méat (Pozzi).

Le canal vestibulaire qui, peu à peu, doit se tasser, s'effacer,

peut être conservé. Il en résulte la formation d'un *faux hypospadias* ou d'un *hypospadias proprement dit*, suivant qu'il y a, ou non, formation d'un urètre (fig. 34, n° 3 et 4).

L'*épispadias* est dû à un défaut d'occlusion de la partie antérieure du canal de l'urètre et de la vulve. Le clitoris, dans ce cas, est ordinairement bilide.

III. — Hermaphrodisme.

Au point de vue embryogénique, l'hermaphrodisme pourrait se départir entre les malformations profondes et superficielles; mais il est préférable de l'étudier à part et dans son ensemble.

1° Hermaphrodisme vrai.

L'*hermaphrodisme vrai*, à la fois anatomique et physiologique, (c.-à-d. impliquant, pour le sujet en cause, la faculté de se reproduire par ses propres moyens), n'existe pas.

Un petit nombre de faits, dernièrement relevés par Jouin, semblent tout d'abord démontrer qu'il n'en est pas de même de l'*hermaphrodisme purement anatomique*, qui comprendrait deux variétés: l'*hermaphrodisme latéral*, qui comporterait l'existence d'un testicule et d'un ovaire; et l'*hermaphrodisme transversal*, dans lequel les organes génitaux externes appartiendraient à la femme et les organes génitaux internes à l'homme, ou *vice versa*. Mais les prétendus faits d'*hermaphrodisme latéral* manquent de la preuve anatomique: en effet, les cas dans lesquels on a cherché à la faire doivent inspirer des doutes, étant données les grandes analogies de structure de l'ovaire et du testicule au début de leur développement. Quant à l'*hermaphrodisme transversal*, si l'on interprète comme il faut les simples apparences, il rentre, en réalité, dans le *pseudo-hermaphrodisme*.

2° Pseudo-hermaphrodisme.

Le *pseudo-hermaphrodisme* comprend l'*androgynie*, la *gynandrie* et le *pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal* (Pozzi).

A. ANDROGYNIE. — Les *androgynes* sont des hommes cryptorchides, avec pénis peu développé et hypertrophie des seins.

B. GYNANDRIE. — Dans la *gynandrie*, les organes sont, en réalité, ceux d'une femme: le clitoris hypertrophié simule la verge, et les lèvres soudées, le scrotum.

C. PSEUDO-HERMAPHRODISME PAR HYPOSPADIAS PÉRINÉO-SCROTAL. — Dans le pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal (fig. 36), il s'agit d'organes mâles dans lesquels il y a eu : 1° défaut de développement de la portion spongieuse de l'urèthre, remplacée par

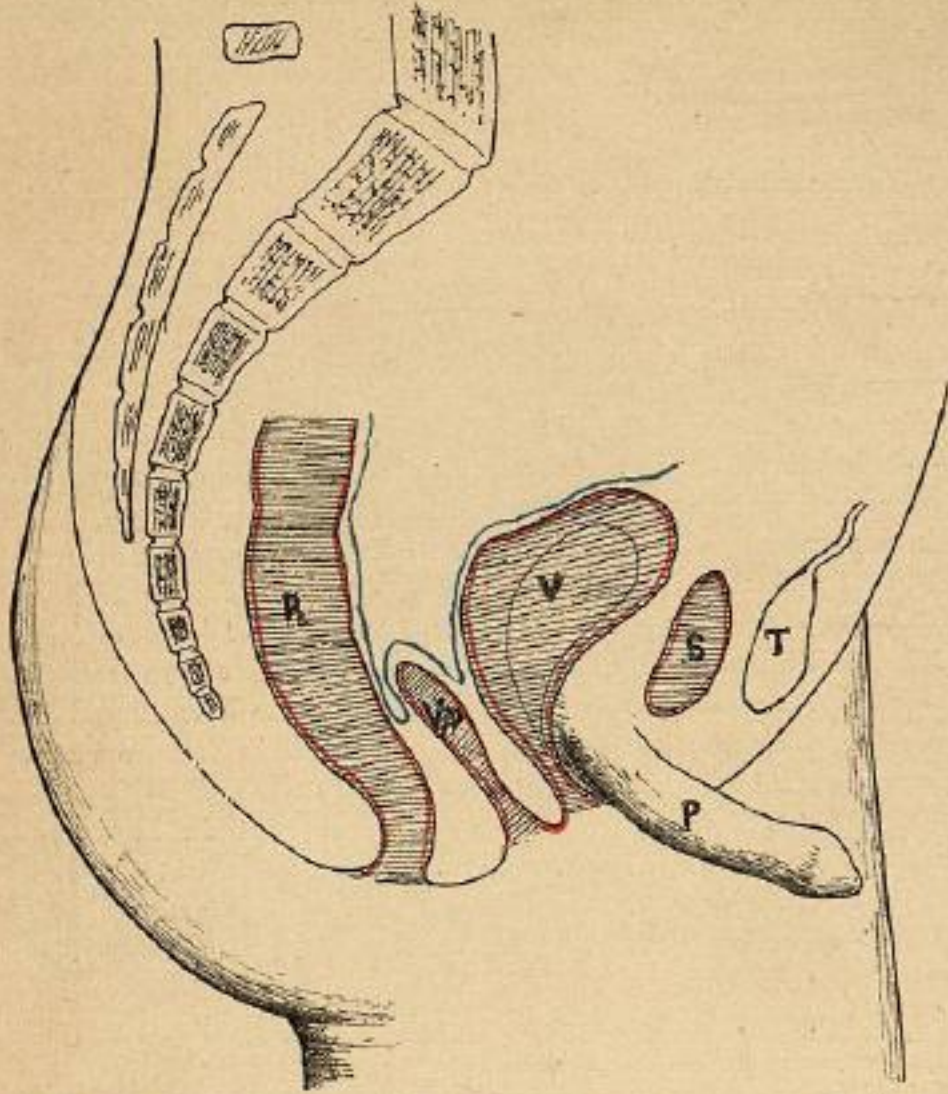


Fig. 36. — Pseudo-hermaphrodisme par hypospadias, périnéo-scrotal (schéma d'après Sweifol). — T, Testicule; S, Symphyse pubienne; V, Vessie; Vp, Vésicule prostatique (pseudo-vagin); P, pénis; R, rectum.

des petites lèvres et un appareil hyménal ordinairement bien formé, surtout en ce qui concerne la bride masculine; 2° développement anormal des conduits de Müller qui, au lieu de se borner à former l'utricule prostatique, donnent, soit un simple cul-de-sac vaginal, soit un vagin avec utérus et oviducte. La verge peut être assez développée. L'habitus extérieur, la démarche, les appétits sexuels

sont ceux d'un homme. Nous reproduisons ici le facies et les or-



Fig. 37. — Pseudo-hermaphrodite par hypospadias périnéo-scrotal (S. Bounet et Paul Petit) (1).

ganes (fig. 37 et 38) d'un sujet de ce genre, qui avait, comme fille

(1) Paul Petit, *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynécol.* 1891.

de brasserie, des rapports masculins avec ses compagnes; il y avait même gagné la syphilis.

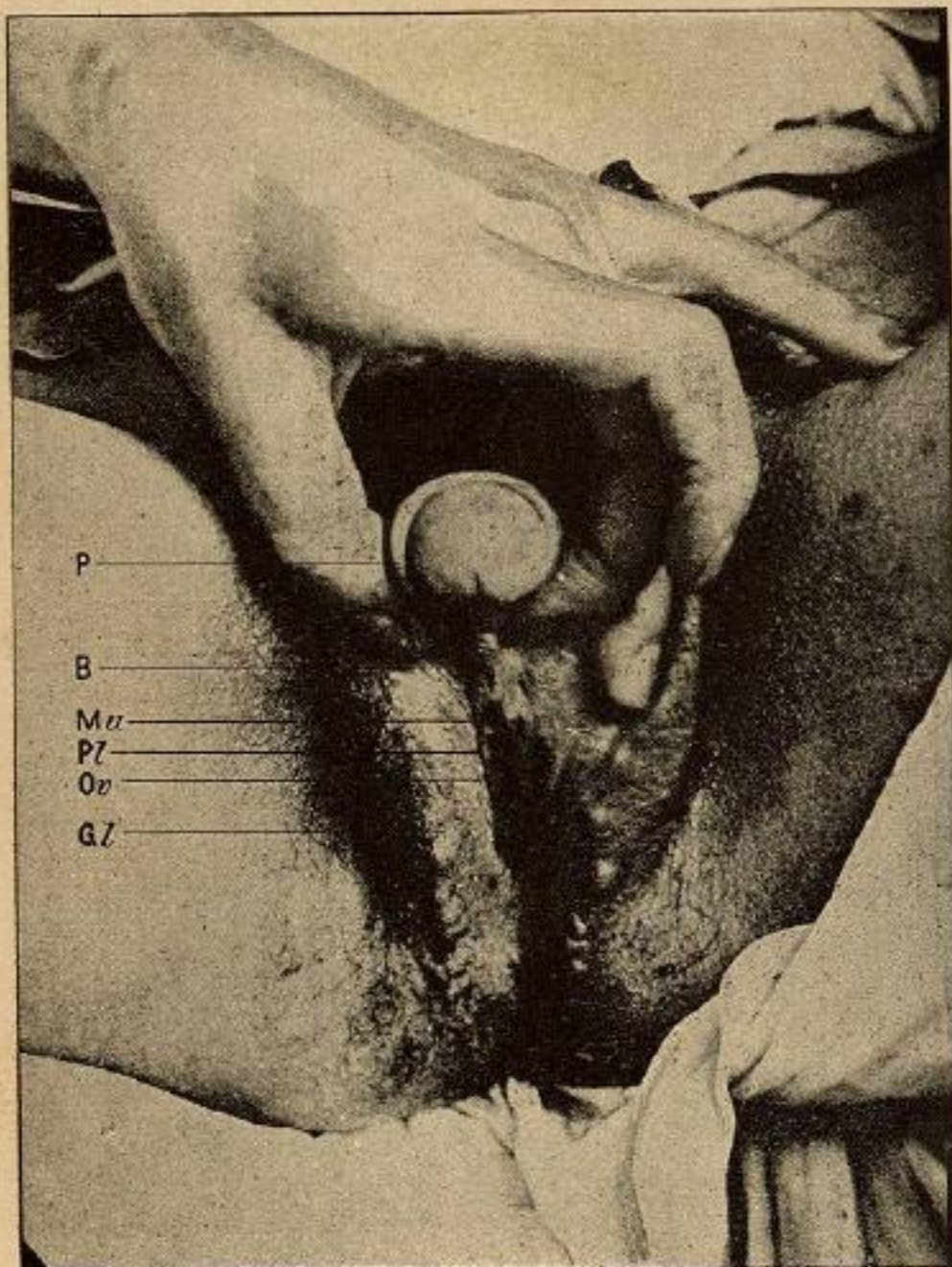


Fig. 38. — Organes génitaux externes. — P, Pénis relevé; B, Bride masculine; Mu, Mét urinaire; Pl, Petites lèvres; Or, Orifice vulvaire; Gl, Grandes lèvres couvertes de syphilides papuleuses (S. Bonnet et Paul Petit).

DIAGNOSTIC. — Pour faire le diagnostic des malformations profondes, on utilisera plus particulièrement, sans que nous ayons à

y insister davantage, le toucher rectal combiné à la palpation abdominale, ou le toucher recto-vésical. Au besoin, on aura recours à l'anesthésie chloroformique.

Les sténoses et atrésies congénitales, ou bien sont incompatibles avec la vie, ou bien donnent lieu à des accidents de rétention (voy. chap. iv), à la dysménorrhée, à la stérilité, comme les sténoses et atrésies acquises (voy. chap. iii).

TRAITEMENT. — En cas d'absence du vagin, on peut être autorisé, soit pour rétablir la communication avec l'utérus, soit simplement pour permettre le coit, à creuser un conduit artificiel (voy. 2^e partie).

Les cloisons et brides vaginales nécessitent le même traitement que les déformations analogues survenues après la naissance (voy. chap. ii).

L'hypertrophie des lèvres et du clitoris exige parfois l'amputation. Ce qui convient le mieux pour l'imperforation de l'hymen, c'est l'excision de la membrane, suivie de l'application d'un surjet au catgut fin.

A l'hypertrophie cervicale compliquée de sténose, on opposera la résection anaplastique du col qui, tout en raccourcissant l'organe, devra lui donner un orifice plus large.

CHAPITRE II

LÉSIONS TRAUMATIQUES ET DÉFORMATIONS DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES ET DU VAGIN.

I. — Thrombus de la vulve.

Dénommée encore *hématome*, *hématocèle* de la vulve, cette affection est caractérisée par un épanchement sanguin, infiltré ou collecté dans le tissu cellulaire de la vulve et du vagin.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — a. *Causes prédisposantes*. — Bien plus fréquent pendant la grossesse, et surtout à l'occasion du travail, le thrombus s'observe aussi en dehors de l'état puerpéral.

Au cours de cette période, les modifications du sang, la gêne circulatoire, la multiparité, une fragilité congénitale de l'appareil vasculaire, l'étroitesse du vagin, les déformations du bassin, sont autant de *causes prédisposantes* à l'accident en question.

Les primipares sont plus exposées aux épanchements intrapelviens (Perret).

La préexistence de varices n'est pas nécessaire; elles s'accou-