

LIVRE VIII DÉPLACEMENTS

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS SUR LA STATIQUE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

I. — STATIQUE NORMALE

1° Situation et rapports normaux des organes pelviens.

A l'état normal, lorsque la vessie et le rectum sont vides, l'utérus est incliné et légèrement fléchi en avant.

Son centre de suspension est à l'isthme et correspond, à peu près, en l'absence de contractions des muscles fixateurs, à l'axe de la cavité pelvienne; il doit être à une hauteur telle, que le fond de l'organe soit entièrement accessible au-dessus du pubis.

Quand la vessie se remplit, elle porte l'utérus vers le sacrum, tendant ainsi à le reculer, à le rétroverser, et même à l'abaisser en rapprochant son axe de celui du vagin. Mais ce mouvement complexe est moins accusé qu'on ne pourrait le croire, la vessie se distendant surtout par le haut et l'utérus lui demeurant immédiatement accolé par l'intermédiaire des ligaments ronds et des adhérences utéro-vésicales (Dolérus).

De même, à l'état physiologique, la réplétion du rectum ne peut déplacer l'utérus en avant et en haut que dans des limites très restreintes, l'ampoule rectale étant sous-jacente au cul-de-sac du vagin.

La direction même du vagin est, du reste, éminemment favorable à l'équilibre normal, car, non seulement elle s'éloigne de l'axe utérin, mais elle rencontre l'effort de la pression abdominale sous un angle tel, que cette force tend à compléter l'occlusion du conduit et en fait un appareil analogue à la valvule iléo-cæcale (Duplay et Chaput).

Enfin, la face postérieure des ligaments larges étant située dans le même plan que celle de l'utérus, les ovaires ont une face accolée à l'excavation, tandis que l'autre est presque entièrement recouverte par la trompe correspondante et son aileron. A l'état normal, ils ne sont accessibles que par un palper combiné assez profond, un peu au-dessous du bord interne du psoas (Vallin).

2° Moyens de fixité.

Ces différents organes sont maintenus dans leur équilibre instable par un *appareil suspenseur*, un *appareil de soutien* et des *adhérences celluluses ou ligamentaires*.

A. Appareil suspenseur.

L'appareil *suspenseur* est constitué par les *ligaments de l'utérus*, par les *ligaments de la vessie*, par les *ligaments des ovaires* et, accessoirement, par le *mésorectum*.

a. **Ligaments suspenseurs de l'utérus.** — Les *ligaments ronds* ne sont, en apparence, que de simples *tuteurs*; mais ils jouent, en réalité, le rôle de *suspenseurs indirects*, car, en maintenant l'antédirection normale, ils éloignent l'axe de l'utérus du trajet qu'il doit suivre pour se hernier, et utilisent une grande partie de la pression abdominale au maintien même de cette antédirection, ainsi qu'à la coaptation du vagin.

Ils sont, il est vrai, puissamment aidés dans leur action par les *ligaments utéro-sacrés* qui, de plus, recevant l'effort le plus déclive de la pression abdominale, maintiennent directement l'utérus à sa hauteur normale, à la façon dont les membres supérieurs d'un acrobate le maintiennent suspendu à un trapèze.

Quant aux *ligaments larges*, ils fixent l'organe dans le sens latéral et s'opposent à son déjettement d'un côté ou de l'autre; mais leur action suspensive est très limitée.

b. **Ligaments suspenseurs de la vessie.** — Comme l'utérus, la vessie présente un appareil suspenseur constitué par les *urètres*, l'*ouraque* et les *artères ombilicales*; mais ces organes n'ont qu'une action très relative.

c. **Ligaments de l'ovaire.** — Enfin, l'ovaire est appendu, d'un côté, à l'utérus, par son *ligament propre*, et, de l'autre, à l'enceinte pelvienne, par le *ligament infundibulo-pelvien*.

B. Appareil de soutènement.

L'appareil de soutènement, dont les lésions dominent l'histoire du prolapsus, comprend deux plans musculaires séparés par l'aponévrose moyenne du périnée : le supérieur, est formé par le releveur de l'anus et du vagin; l'inférieur, ou corps périnéal proprement dit, par les sphincters de l'anus et de la vulve, réunis en 8 de chiffre, et par la transverse du périnée.

Au point de vue fonctionnel, on peut y distinguer deux systèmes de valves, qui agissent synergiquement : l'un, dans le sens antéro-postérieur, et l'autre, transversalement.

Le premier comprend, dans sa valve antérieure, toute passive et sans soutien direct, sauf dans le bas : la paroi vaginale antérieure et la moitié correspondante du sphincter vulvaire; dans sa valve postérieure, active et toute-puissante : le périnée postérieur (transverse, entre-croisement des sphincters anal et vulvaire) et la paroi vaginale correspondante, doublée d'un faisceau de fibres du releveur.

Le second est constitué par le sphincter de la vulve et de l'anus qui, s'appuyant, à ses extrémités, au coccyx et à l'arcade pubienne, et, en son milieu, à la clef de voûte du périnée soutenue par les transverses, ferme l'anus, et transforme la vulve en une fente linéaire dont l'axe coupe, à angle droit, celui du vagin.

C. Adhérences celluleuses ou ligamentaires.

Les adhérences celluleuses ou ligamentaires, intermédiaires aux deux autres systèmes de fixité, en solidarisent les effets, tout en contribuant directement au maintien des organes. Les unes (adhérences du vagin aux parois pelviennes et aux aponévroses du périnée — adhérences de l'urètre au pubis) — jouent le rôle de soudures fixes. Les autres (ligaments utéro et vésico-pubiens, adhérences utéro-vésicales et utéro-rectales), remplissent l'office de charnières.

3° Fonctionnement des moyens de fixité.

A l'état de repos, ces adhérences, les ligaments suspenseurs, l'orientation même de l'utérus et du vagin, ne laissent qu'un rôle restreint à la tonicité musculaire.

L'effort abdominal entre-t-il en jeu, les deux systèmes de valves contractiles, dont il vient d'être question, réagissent par

une action équivalente et simultanée qui soutient, à la fois, non seulement l'utérus, mais tout l'ensemble des viscères pelviens dont la statique est ainsi sauvegardée.

II. — STATIQUE PATHOLOGIQUE

Étiologie.

Les déplacements du système génital se rapportent à cinq ordres de causes : Malformations congénitales, subinvolution puerpérale, traumatismes, inflammations, tumeurs pelviennes.

Anatomie pathologique.

Du soutien mutuel que se prêtent, à l'état normal, les moyens de fixité, doit résulter forcément, à l'état pathologique, l'ordinaire solidarité de leur déséquilibre.

Il est, en effet, contraire à la réalité clinique d'étudier à part le prolapsus de l'utérus, du vagin et des ovaires. Ce qui existe, ordinairement, c'est le prolapsus pelvien, partiel ou total. Le prolapsus monorganique n'est que le premier anneau d'un enchaînement pathologique, et ne peut persister en sa simplicité, que dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

Au prolapsus, correspond, en sens inverse, mais toujours par rapport au plan horizontal, l'élévation.

Les autres déplacements n'intéressent guère que l'utérus : les uns ont lieu suivant les plans verticaux passant par son centre de suspension : ce sont les versions (anté, rétro et latéro-versions).

Les autres se font parallèlement à l'axe de l'organe : Déplacements en masse (anté, rétro et latéro-positions).

Ces derniers, de même que l'élévation et les latéro-versions, sont secondaires au développement de tumeurs ou de brides inflammatoires, et ne méritent pas de description spéciale. Les latéro-versions, cependant, peuvent dépendre d'un relâchement ligamentaire plus prononcé d'un côté que de l'autre, et c'est une notion dont il faut tenir compte, quand on pratique leur raccourcissement.

Par suite du relâchement général et à peu près uniforme de ses ligaments, l'utérus est parfois dans une sorte d'équilibre instable, se renversant en avant ou en arrière, sous la seule influence de la position prise ou d'une légère pression.

Les flexions de l'utérus (sont, à proprement parler, des déforma-

tions et entraînent, par suite, des troubles analogues à ceux de la sténose : dysménorrhée, stérilité. Il est cependant plus rationnel de les étudier, à titre de *déviations partielles*, parallèlement aux versions qu'elles accompagnent le plus souvent.

L'*inversion utérine*, qui entraîne plus ou moins avec elle les annexes, l'intestin, la vessie et, parfois, le vagin, n'est qu'une sorte de *prolapsus par invagination*. Enfin, de ces hernies par les voies naturelles, prolapsus, inversion, peuvent être rapprochées, au point de vue nosographique, les *hernies proprement dites* de l'utérus et des ovaires.

Nous avons donc, en somme, à étudier : d'une part, des *hernies*, comprenant : le *prolapsus*, l'*inversion* et les *hernies proprement dites* ; de l'autre, des *déviations*, qui n'intéressent guère que l'utérus : *Déviations en avant* : *Antéversion*, *antéflexion*. *Déviations en arrière* : *Rétroversion*, *rétroflexion*.

Symptômes.

Les déplacements ont des symptômes propres et variés, mais qui ressortissent tous aux tiraillements ligamentaires, aux pressions exercées, aux vides produits, à la congestion passive. Ces symptômes sont trop souvent confondus avec ceux de la métrite, de l'annexite ou des tumeurs.

Traitement.

Certains déplacements, antéversion légère, rétroversion mobile et bien tolérée, ne réclament que peu ou pas de soins.

Pour ceux qui s'accompagnent de symptômes pénibles, nous ne croyons pas qu'on puisse hésiter entre les pessaires et ceintures diverses, qui, trop souvent, sont inutiles ou augmentent même les lésions, et les méthodes opératoires que les progrès de la chirurgie et de l'antisepsie ont singulièrement perfectionnées.

CHAPITRE II

HERNIES PELVIENNES

I. — PROLAPSUS PELVIEN

Étiologie et Pathogénie.

1° Prolapsus multiple ou général. — Le *prolapsus multiple ou général* (*polyptose* ou *panoptose*) des organes pelviens, chez la femme, reconnaît un mécanisme assez complexe qu'il importe d'étudier à part.

PATHOGENIE. — a. *Défection générale des moyens de fixité.* — Dans une première catégorie de faits, les trois ordres de moyens de fixité, *appareil suspenseur*, *adhérences organiques*, *appareil de soutènement* (voir chap. I), font défaut à la fois dans des proportions diverses ; ou bien, le plancher musculo-aponévrotique du petit bassin étant seul affaibli, ses lésions sont telles que ligaments et charnières ne peuvent suffire à leur tâche.

Dans ces conditions, la hernie génitale peut, exceptionnellement, se produire d'emblée, d'une façon totale ou incomplète.

Mais, généralement, elle se développe par temps successifs, débutant par le prolapsus vaginal dont il faut chercher les causes propres : dans les lésions apparentes ou cachées du plancher pelvien (périnée et releveur anal) ; dans les déformations qu'elles entraînent (agrandissement de la vulve, redressement et changement de forme du vagin, qui, de conique à base supérieure, devient conique à base inférieure) ; enfin, dans la subinvolution et la désinsertion du conduit lui-même.

La paroi vaginale antérieure étant la plus faible et n'étant maintenue que par la postérieure, se prolabe ordinairement la première (*colpocèle antérieure*), attirant, le plus souvent, la vessie avec elle (*cystocèle*).

La paroi postérieure se maintient pendant quelque temps en place ; mais bientôt elle se présente à son tour à la vulve (*colpocèle postérieure*). Elle entraîne rarement avec elle le rectum (*rectocèle*) qui lui est assez peu adhérent, et dont les moyens de fixité sont, par ailleurs, tels, qu'il faut une déchirure assez profonde du périnée ou l'intervention de causes spéciales pour déterminer son effondrement.

Les parois du vagin continuant progressivement leur mouve