

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



ment de descente, l'utérus, soutenu par des ligaments insuffisants, subinvolués ou traumatisés, obéit à la traction vaginale, en même temps qu'à la pesanteur et à la pression abdominale dont l'effet a été considérablement accru par les déformations du plan de soutien. Il se renverse d'abord en arrière, puis s'abaisse en totalité, entraînant, ou non, les annexes avec lui.

Si un renversement modéré de la matrice facilite ainsi le prolapsus, en mettant l'axe de l'organe dans le prolongement de l'axe vaginal, par contre, le renversement complet aura des effets analogues à ceux de l'antéversion normale : il arrêtera, ou plutôt, compensera partiellement le prolapsus.

Dans quelques cas, au lieu de la rétroversion, avec ou sans flexion, on observe l'antéversion ou l'antéverso-flexion. Ces dispositions particulières sont préexistantes au prolapsus ou dépendent probablement d'un relâchement plus marqué des ligaments utéro et vésico-pubiens (Trélat).

Quant à l'hypertrophie vraie du segment vaginal du col, qu'il est ordinaire de rencontrer dans ces cas, elle doit être attribuée à la stase passive engendrée par le prolapsus et qui commande également certaines lésions secondaires des ovaires, les hémorragies utérines et bon nombre d'autres troubles dont se plaignent les malades.

D'après Emmet, la chute du vagin pourrait aussi bien commencer par la paroi postérieure. Trélat n'admettait même que ce processus. Mais, étant donné que, le plus souvent, on rencontre la cystocèle isolée ou plus marquée que la rectocèle, il n'est pas douteux que le premier mécanisme soit au moins le plus fréquent.

b. *Défection du plancher pelvien avec suspension normale ou pathologique.* — Dans une deuxième catégorie de faits, le plancher pelvien fait défaut, mais les ligaments ronds et utéro-sacrés ont une tonicité qui suffit tout d'abord au maintien des organes; ou bien il y a des adhérences, des rétractions pathologiques. Dans les deux cas, l'utérus fixé par en haut, résiste aux tractions du vagin. Un premier phénomène se produit alors : c'est le décollement des insertions vaginales; le museau de tanche est comme dégainé et s'efface, de même que les culs-de-sac. Le col, étant pour ainsi dire devenu tout entier sus-vaginal, et se trouvant pris entre la puissance, représentée par le poids du vagin, et la résistance des moyens de suspension, s'allonge, au point de faire saillie à la vulve, sans qu'il y ait encore prolapsus marqué.

Tel est le mécanisme de la plupart des allongements du segment sus-vaginal du col décrits, comme primitifs, par Huguier.

Ces allongements coïncident avec l'hypertrophie ou l'atrophie, suivant qu'il y a intervention marquée, ou non, de la congestion, de l'inflammation, ou suivant qu'on les examine à une période plus ou moins tardive. Ils constituent les cas de *faux prolapsus*, qu'il importe de distinguer du prolapsus véritable, au point de vue de la pathogénie et surtout du traitement.

c. *Défection du plancher pelvien avec relâchement plus ou moins tardif de la suspension normale ou pathologique.* — Si, dans les conditions précédentes, les agents de la suspension normale ou pathologique viennent à céder, après une résistance plus ou moins longue, il est facile de comprendre que l'on aura, en même temps, *prolapsus vrai et allongement du col.*

d. *Défection de l'appareil suspenseur sans lésions du plancher pelvien.* — Dans d'autres cas enfin, le plancher pelvien étant indemne, ce sont les ligaments qui font défaut. Cet état résulte, soit de leur faiblesse congénitale, soit du tiraillement exercé par une tumeur, soit enfin, d'une involution incomplète, sans traumatisme obstétrical, celui-ci intéressant toujours davantage le releveur anal ou le périnée (subinvolution post-abortive).

Dans ces conditions, l'utérus s'abaisse primitivement et se dévie en arrière en entraînant avec lui les culs-de-sacs vaginaux (affaissement de l'utérus avec colpocèle supérieure); mais il se maintient toujours à une certaine distance au-dessus de la vulve.

Étiologie. — Le prolapsus, comme l'a fait observer Hart, peut être comparé aux hernies et reconnaît, comme elles, des causes *prédisposantes* et des causes *efficentes*.

I. *Causes prédisposantes.* — C'est dans la dernière période de la vie génitale et chez les *multipares* qu'il s'observe le plus fréquemment (99 fois sur 114, Scanzoni).

Toutes les causes de débilitation générale peuvent y prédisposer : telles sont les maladies consomptives (chlorose, anémie), l'onanisme, chez les jeunes filles (Martin), etc.

Les professions pénibles, les tumeurs abdominales, l'ascite, l'hématocèle, agissent, non seulement en augmentant la pression abdominale, mais en brisant la résistance des tissus.

La constipation, l'habitude qu'ont la plupart des femmes de résister au besoin de la miction, l'atrophie du vagin et la résorption du tissu graisseux, à la ménopause, sont autant de circonstances adjuvantes.

Enfin, il faut tenir compte d'une certaine prédisposition congénitale, héréditaire ou personnelle (Vignard).

II. *Causes efficaces.* — Le *prolapsus aigu* reconnaît pour causes di-



rectes : un effort violent et subit, une chute, une quinte de toux, surprenant brusquement les moyens actifs de fixité, chez une femme d'ailleurs prédisposée.

Les causes ordinaires du *prolapsus chronique* sont : les grossesses anormales ou trop répétées et les suites de couches pathologiques.

La *grossesse* distend les ligaments et la paroi abdominale et augmente le poids de l'utérus; on comprend donc l'influence de la gémellarité et de l'hydramnios.

L'*accouchement naturel* force le vagin et le plan musculaire de soutien, ouvre la vulve et compromet la solidarité des moyens de fixation. Toutes les causes de dystocie (volume exagéré du fœtus, présentations vicieuses, etc.), et les interventions qu'elles entraînent, augmentent forcément ces désordres.

Les *suites de couches pathologiques*, en s'opposant à la réunion primitive des déchirures et à l'involution des organes, constituent, en dehors des traumatismes accentués, le facteur éloigné le plus puissant.

La déchirure du col joue, d'après Emmet, un rôle important, en compromettant l'involution utérine. Nous nous sommes déjà expliqués à ce sujet.

L'addition d'une tumeur à l'organe agit en augmentant son poids.

Enfin la toux, la constipation, la reprise prématurée de la station debout, de la marche ou d'une occupation pénible, à la suite des couches, les efforts de toute nature, constituent l'ensemble des conditions accessoires, à l'occasion desquelles les lésions deviendront manifestes.

**2° Prolapsus monorganiques.** — A côté des cas de prolapsus multiple ou général, on peut en observer qui ne portent que sur un organe, soit qu'ils soient au début de leur évolution, soit qu'ils relèvent d'une étiologie spéciale.

**PROLAPSUS SIMPLE DU VAGIN, TOTAL OU PARTIEL.** — Le *prolapsus* ou *décollement simple du vagin* est propre aux nullipares. Favorisé par la béance ou la direction anormale de la vulve, il survient à l'occasion de l'inflammation du conduit ou de sa distension par une cause quelconque.

La chute du segment inférieur (*colpocèle inférieure*), ou supérieur (*colpocèle profonde*), ou de la totalité de l'une des parois du vagin (*colpocèle antérieure* ou *postérieure*), avec ou sans cystocèle ou rectocèle, ne représente généralement que le début du prolapsus pelvien progressif, à développement ascendant ou descendant.

Cependant la *colpocèle profonde* peut être due à des épanchements intra-péritonéaux de nature diverse qui fuient devant le doigt explorateur. La chute de la paroi vaginale est parfois uniquement dessinée d'un côté ou de l'autre de la colonne correspondante (prolapsus antéro-latéral droit ou gauche — postéro-latéral droit ou gauche). Cette particularité tient sans doute à un relâchement ligamentaire plus prononcé d'un côté que de l'autre.

**RECTOCÈLE PURE.** — Les causes de la *rectocèle pure* se résument dans le traumatisme ou l'inflammation, localisés à la paroi recto-vaginale (rectite, constipation, coït trop brusque ou trop répété).

**CYSTOCÈLE PURE.** — La persistance de la *cystocèle*, à l'état isolé, ne peut guère se rapporter qu'à la résistance anormale des ligaments utéro-sacrés.

**URÉTHROCÈLE.** — L'*uréthrocèle* qui l'accompagne parfois, ou se présente seule à l'examen, serait, d'après Lawson Tait, d'origine congénitale. Duplay, qui en a fait une étude spéciale, n'y veut voir qu'un résultat de l'accouchement. La modalité sacciforme de la lésion est sans doute attribuable à une dilatation partielle ou à l'éraillure de la muqueuse uréthrale.

**PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE URÉTHRALE.** — Le *prolapsus de la muqueuse uréthrale*, assez rare, du reste, coïncide, ou non, avec le prolapsus génital. Il reconnaît, comme condition prédisposante, la faiblesse générale des tissus, faiblesse congénitale ou en rapport avec le jeune âge ou la vieillesse. Il est déterminé par les efforts répétés (dysurie, coqueluche, etc.), par l'action permanente d'une tumeur intra-uréthrale, un coït anormal, la masturbation (Villar).

**PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE VÉSICALE.** — Le *prolapsus de la muqueuse vésicale*, malgré les assertions de Boyer, Patron, Rizzoli, est assez problématique.

**PROLAPSUS DU RECTUM.** — Le *prolapsus du rectum* à travers son sphincter coïncide parfois avec la hernie des organes génitaux, et l'on doit tout d'abord l'attaquer par des cautérisations linéaires, avant d'entreprendre les opérations plastiques sur le vagin (Duplay).

**PROLAPSUS DES ANNEXES.** — Les annexes accompagnent généralement l'utérus dans sa descente. On les a cependant vues garder leur niveau normal alors que cette descente était complète (Duplay et Chaput). D'autre part, leur déplacement peut exister seul ou, du moins, prédominer.

L'insertion plus antérieure des ligaments infundibulo-pelviens,



l'amaigrissement, la constipation ne jouent qu'un rôle prédisposant ou occasionnel.

Les causes réellement actives sont : la subinvolution de l'appareil ligamentaire propre à l'ovaire (Vallin), l'augmentation de poids de l'organe du fait de l'inflammation ou de la congestion, enfin, les tumeurs pelviennes.

#### Anatomie pathologique.

Il importe de distinguer, dans l'anatomie pathologique du prolapsus : les lésions causales ; les lésions propres, primitives ou consécutives ; enfin, les lésions concomitantes.

**Lésions causales.** — Duplay et Chaput admettent qu'avec un périnée ayant moins de 1 centimètre et demi ou une vulve de plus de 3 centimètres et demi, le prolapsus est fatal. Comme nous l'avons vu, les déchirures du périnée peuvent n'intéresser que la peau de la fourchette ; s'étendre au transverse et à la clef de voûte des deux sphincters de la vulve et de l'anus ; atteindre ce dernier muscle (*déchirure complète*) ; ou enfin, s'élever jusqu'à une certaine hauteur de la cloison (*déchirure totale*).

Parfois les muscles, y compris le releveur ano-vaginal, sont déchirés ou atrophiés, alors que la peau reste intacte (*périnée cutané*).

Les ligaments ronds sont ordinairement relâchés, allongés et amincis, du moins à leur extrémité pubienne. Les ligaments utéro-sacrés sont tendus et durs comme des cordes, ou, au contraire, atrophiés et insaisissables.

Suivant les lignes de clivage qui séparent les parois vaginales du rectum et de la vessie, le tissu cellulaire est comme dissocié, et finit par se creuser de véritables cavités qui, mises au jour, pendant l'avivement de la colpographie, ont pu en imposer pour l'ouverture d'un cul-de-sac péritonéal.

**Lésions propres.** — a. PRIMITIVES. — On peut admettre qu'il y a prolapsus utérin quand le museau de tanche est à moins de 6 centimètres de la vulve.

Nous avons déjà insisté sur les modifications des segments vaginal et sus-vaginal du col. Il est probable que l'allongement sus-vaginal avec hypertrophie dépend, d'une part, de l'action mécanique du vagin et, de l'autre, de la congestion ou de l'inflammation ; il représente, sans doute, le premier stade de l'allongement atrophique, lequel peut aussi résulter des actions mécaniques et des troubles nutritifs qui en dépendent. Quoi qu'il en soit, l'allongement sus-vaginal peut atteindre jusqu'à dix ou quinze centimètres.

Le corps de l'utérus lui-même est rétroversé, plus rarement antéversé, avec ou sans flexion. Il peut être augmenté de volume ou, au contraire, atrophié, particulièrement chez les vieilles femmes.

La colprocèle se traduit par un bourrelet qui fait saillie dans le vagin ou à la vulve, soit spontanément, soit à la faveur d'un simple écart des petites lèvres.

La vessie ne s'abaisse pas en totalité : sa paroi postéro-supérieure reste maintenue par ses moyens de fixité, mais la paroi inférieure suit la colprocèle, se dilate peu à peu et finit par former un large diverticule ou cystocèle. L'organe présente ainsi la forme d'un sablier, ou mieux, d'un bissac. La poche supérieure conserve sa situation et se développe au-dessus, et même en arrière, de l'utérus, lorsque celui-ci s'abaisse en antéflexion. La poche inférieure, au contraire, doublée du vagin, descend entre la paroi vaginale antérieure et la partie correspondante du col. La dilatation progressive de ce diverticule peut atteindre l'orifice des uretères et gagner, de proche en proche, jusqu'aux calices. Sous l'influence de la stagnation urinaire, il se produit peu à peu de la cystite du bas-fond, de l'épaississement des parois et, parfois même, des calculs et des fongus. Les dimensions relatives de la cavité principale et de la cavité diverticulaire sont très variables. Dans un certain nombre de cas, la capacité du réservoir a été trouvée diminuée au lieu d'être augmentée. Il est exceptionnel qu'il soit extériorisé en entier.

Le prolapsus de l'urèthre (*uréthrocèle*) se présente, soit comme une dilatation régulière de sa paroi inférieure, soit sous forme d'un sac qui lui est appendu et communique avec sa lumière par un orifice étroit.

Le prolapsus de la muqueuse uréthrale est réductible ou irréductible. Les tissus sous-jacents au revêtement muqueux présentent absolument la structure de l'angiome, ce qui s'explique facilement par les données embryogéniques. (Voir liv. IX.)

Le rectum, dans sa partie supérieure, est lâchement uni au vagin, et peut ainsi échapper à sa traction. Dans sa moitié inférieure, ses connexions avec ce même organe, quoique plus étroites, ne le forcent généralement pas à le suivre. Néanmoins, sous l'influence de la parésie rectale et de la constipation habituelle, un diverticule peut se produire comme dans la vessie, entraînant avec lui jusqu'au tiers inférieur de la paroi rectale.

Les déplacements du péritoine sont commandés surtout par ceux de l'utérus. Le cul-de-sac de Douglas, plus profond et plus adhérent au col, descend toujours plus bas que l'antérieur, quelquefois



même jusqu'aux limites inférieures du prolapsus. Il n'est pas rare qu'il contienne des anses intestinales. Lorsque la procidence est compliquée de flexions utérines, le péritoine peut suivre les trajets les plus bizarres.

Les ligaments larges sont tendus obliquement de la ligne innominée au fond de l'utérus et participent à l'invagination.

Les trompes et les ovaires occupent une situation variable : ordinairement peu déplacés, surtout lorsqu'ils sont sains, ils suivent parfois le corps de l'utérus et sont alors perceptibles dans le cul-de-sac de Douglas.

Les vaisseaux utéro-ovariens sont dilatés, leurs tuniques souvent sclérosées, et ces modifications expliquent les phénomènes de stase déjà étudiés (livre VII).

La ptose des viscères abdominaux suit toujours, dans une certaine mesure, celle des viscères pelviens.

b. LÉSIONS CONSÉCUTIVES. — Dans la *procidence complète*, la muqueuse génitale ne tarde pas à perdre son aspect normal : les replis du vagin s'effacent ; l'épithélium pavimenteux s'épaissit et prend les caractères de l'épiderme ; il en est de même de l'épithélium endocervical, extériorisé par un ectropion des lèvres ; enfin, les éléments sous-épithéliaux de la muqueuse s'hypertrophient, et il se produit une sorte de *cutisation* de tout le revêtement de la tumeur.

Ce revêtement est ordinairement blanchâtre ou violacé, lisse et légèrement œdémateux. Il présente souvent des excoriations plus ou moins étendues ou de véritables ulcérations, après sphacèle préalable ; il est rare toutefois, malgré les causes multiples d'irritation auxquelles elles sont exposées, que ces ulcérations subissent la dégénérescence maligne. La rétraction cicatricielle qui suit leur guérison donne parfois des aspects bizarres à la masse prolapsée et s'oppose à sa réduction.

Le trajet cervical, quelquefois imperméable chez les vieilles femmes, est souvent dilaté, pour peu qu'il y ait eu lacération préalable, et au point même, parfois, d'admettre le pénis.

**Lésions concomitantes.** — Les lésions simplement *concomitantes du prolapsus pelvien*, et qu'il importe de distinguer pour leur appliquer le traitement qui leur est propre, consistent en lésions inflammatoires des annexes, tumeurs, éventration (*prolapsus abdomino-pelvien*), etc.

### Symptômes et diagnostic.

#### 1° Prolapsus aigu.

Le prolapsus aigu, très rare, a été observé d'ailleurs, non seulement après l'accouchement, mais aussi chez des nullipares et même des vierges. Il consiste dans l'apparition subite d'une tumeur constituée par le vagin seul ou accompagné de l'utérus, sous l'influence d'un effort violent.

La syncope et le collapsus peuvent être la conséquence de la douleur éprouvée ou de la brusque déplétion de la cavité pelvi-abdominale.

#### 2° Prolapsus chronique.

Le *prolapsus chronique*, incomparablement plus fréquent, se développe d'une façon graduelle.

**A. Symptômes subjectifs et fonctionnels.** — 1° SYMPTÔMES LOCAUX. — Les premiers symptômes que détermine le prolapsus consistent : en une sensation de béance de la vulve, de pesanteur au périnée et de tiraillements sur les aines (ligaments ronds), sur les reins (ligaments utéro-sacrés) et sur l'ombilic (ouraque). La marche est hésitante, la malade se fatigue vite et surtout en montant ; tout effort, pour soulever ou propulser un fardeau, devient pénible ou impossible.

La *cystocèle* détermine des besoins fréquents et pressants d'uriner, voire même de l'incontinence partielle, avec ou sans rétention : au moindre effort, sous l'influence du rire, de la toux, etc., la malade laisse échapper quelques gouttes d'urine. Parfois la miction n'est possible qu'après réduction de la tumeur.

L'*uréthrocèle* s'accompagne de troubles assez marqués : tiraillements du côté du canal, envies fréquentes d'uriner, quelquefois douleurs vives s'irradiant aux lombes, surtout quand la malade est debout (Robin).

Le symptôme dominant du *prolapsus de la muqueuse uréthrale* consiste en *hémorrhagies* ; la malade se plaint aussi de douleurs plus ou moins fortes pour uriner et pour se moucher.

Lorsqu'il y a *rectocèle*, la constipation est fréquente. Les matières peuvent s'accumuler dans le diverticule rectal et déterminer le catarrhe de la muqueuse ; mais elles sont toujours retenues, sauf dans le cas de déchirure périnéale complète.

La *colpocèle simple* peut déterminer de la pesanteur, et même de la douleur, mais ne gêne ni la miction, ni la défécation.



En dehors des symptômes propres aux affections dont l'utérus *prolabé* peut être le siège : hémorrhagies, leucorrhée, etc., la menstruation est ordinairement plus abondante, en raison de la congestion passive, liée à l'abaissement.

La fréquence de la stérilité s'explique par la disparition du cul-de-sac postérieur (*nidus seminis*) et par la déclivité de la paroi correspondante, déformations qui s'opposent à la rétention du sperme.

Le simple déplacement des annexes paraît suffire à provoquer des douleurs pendant la défécation et le coït, des symptômes nerveux, etc.

2° SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Le prolapsus s'accompagne souvent, en dehors de la sphère génitale, de troubles *mécaniques* ou *sympathiques* variés.

Le ballonnement abdominal est constant et s'explique, soit par un phénomène de compensation destiné à combler les vides et dépassant son but, soit par la parésie réflexe du sympathique abdominal. Cet état est souvent lié aux autres symptômes de l'entéroptose ou de la *panoptose* : tiraillements sur les fausses côtes; douleurs, parfois très vives, simulant la névralgie intercostale; dilatation de l'estomac, avec ses conséquences (dyspepsie, état nauséux, vertiges, migraines, etc.); prolapsus modéré du foie, de la rate; déplacement parfois très marqué des reins (Tuffier), d'où troubles circulatoires et douleurs du côté de ces organes.

D'autre part : troubles cardiaques, pouvant aller jusqu'à l'asystolie, et probablement dus à l'action réflexe du plexus hypogastrique sur le sympathique pulmonaire; perturbation profonde du système nerveux : le caractère devient difficile, ou bien il y a dépression mentale, inquiétude ou exaltation, pouvant aller jusqu'à la folie, pour peu qu'il y ait tare héréditaire.

Enfin, on a signalé, à titre exceptionnel, des faits de monoplégie, de paraplégie, d'épilepsie, de chorée, d'aphonie, d'asthme; toutes manifestations réflexes, ou de nature hystérique, qui ont cédé, tôt ou tard, au redressement de la rétrodéviation.

Tous ces troubles, locaux ou généraux, éminemment variables, suivant les malades, sont loin d'être toujours d'intensité proportionnelle au degré de la lésion et aux exigences physiques de la profession. Il semble, au contraire, que l'assuétude s'établisse plus aisément pour les cas extrêmes que pour les simples abaissements : telle malade, d'un rang social élevé, sera une infirme avec un prolapsus léger, alors qu'une femme du peuple exercera un métier fatigant, avec l'utérus entre les jambes ou mal contenu par une simple serviette.

B. Signes physiques. — On admet généralement, pour la facilité de la description, trois degrés dans le prolapsus : l'*abaissement simple*, le *prolapsus proprement dit* et la *procidence complète*.

a. VARIÉTÉS CLINIQUES. — Mais ce qui existe, en réalité, ce sont des *variétés cliniques*, dépendant, tout à la fois, du *stade évolutif* des lésions et de leur *point de départ*.

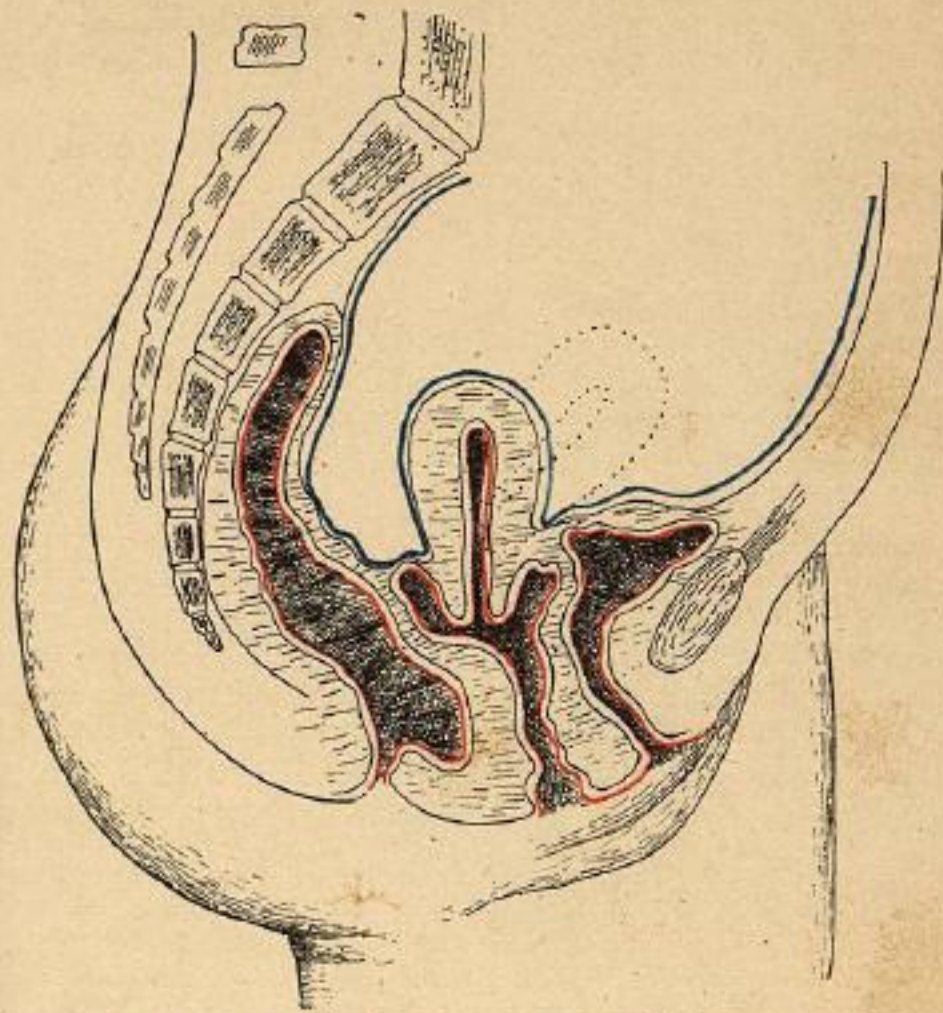


Fig. 87. — Prolapsus génital : 1<sup>er</sup> degré ou abaissement simple.

Les considérations pathogéniques sur lesquelles nous avons insisté nous permettront d'être brefs.

1° *Abaissement simple*. — Lorsqu'il y a défection de l'appareil suspenseur, sans lésions marquées du plancher pelvien, on constate l'*abaissement simple*. La vulve est ordinairement intacte et fermée. Les culs-de-sac vaginaux sont affaissés dans leur ensemble, entraînant avec eux l'utérus, qui est ordinairement en rétroversion légère ;



mais le relâchement des parois vaginales est assez modéré et ne se révèle guère, au doigt explorateur, que dans la position debout, ou sous l'influence de l'effort (fig. 87).

2° Abaissement, avec allongement sus-vaginal du col. — La défection du plancher pelvien, coïncidant avec une suspension normale ou pathologiques des organes, se traduit par l'abaissement, avec allongement

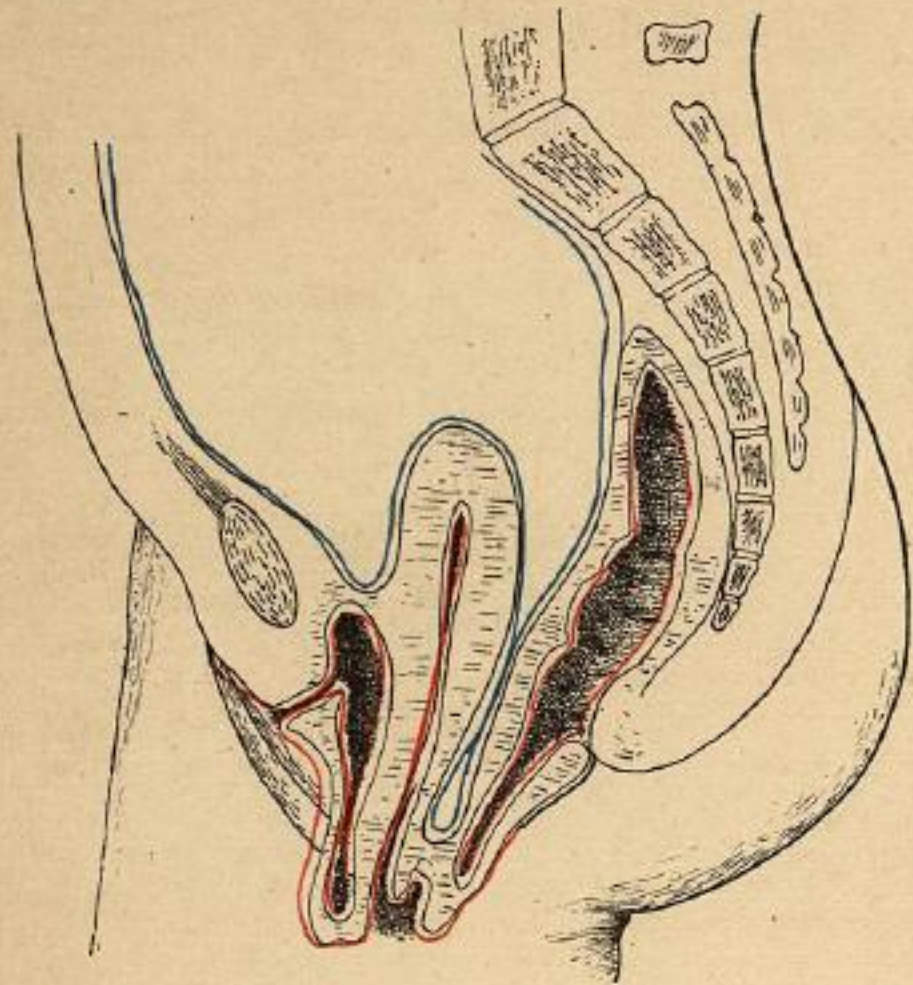


Fig. 88. — Prolapsus génital : abaissement avec allongement du segment sus-vaginal du col (les deux culs-de-sac vaginaux sont effacés) ; cystocèle et rectocèle (d'après Schröder).

*hypertrophique ou atrophique, du segment sus-vaginal du col* (fig. 88). Nous figurons comparativement, d'après Schröder (fig. 89), l'allongement du segment moyen (voir livre III).

3° Prolapsus proprement dit. — La défection totale des moyens de fixité se traduit, suivant le stade évolutif des lésions, par l'abaissement simple, le prolapsus proprement dit ou la *procidence complète*.

Dans le prolapsus, la vulve est plus ou moins béante et le col vient

affleurer son ouverture. Il peut être invisible dans le décubitus dorsal, mais il suffit d'un effort, surtout dans la position debout, pour le faire apparaître. Les culs-de-sac vaginaux sont déplacés isolément, ou avec le rectum, la vessie, ou ces deux organes à la

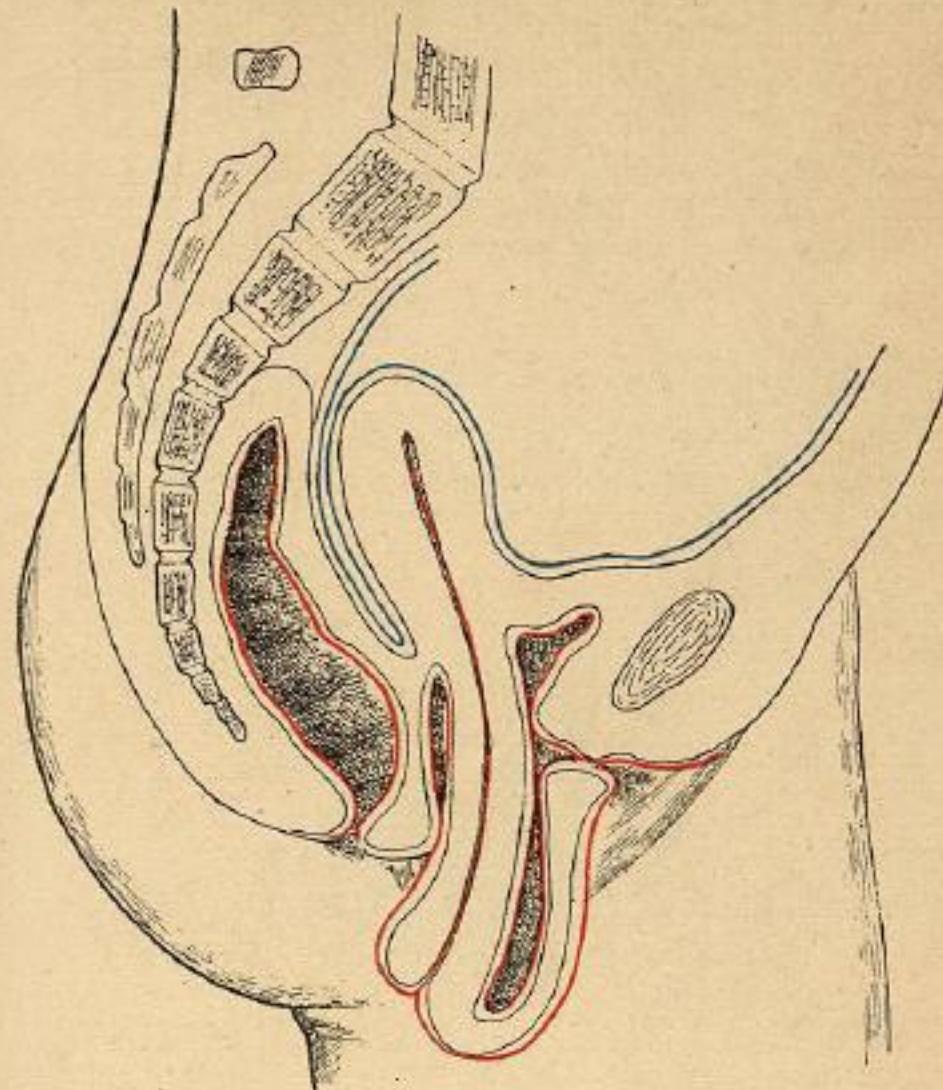


Fig. 89. — Allongement du segment moyen du col (le cul-de-sac vaginal postérieur est conservé) ; cystocèle (d'après Schröder).

fois, et correspondent à la partie moyenne, ou même au quart inférieur, de la paroi correspondante (fig. 90 et 91).

4° *Procidence complète*. — Lorsque la *procidence* est *complète*, on constate, en dehors de la vulve, reposant sur la face interne des cuisses, une tumeur, parfois plus grosse que le poing, et constituée par une portion ou par la totalité de l'utérus, engainé dans le sac



vaginal inversé. Il ne faut pas oublier que celui-ci peut aussi contenir des diverticules de la vessie, du rectum, du péritoine, et même plusieurs anses intestinales.

Cette tumeur, plus ou moins réductible et piriforme, présente : un *sommet*, creusé d'un orifice (celui du col), déjeté en bas ou en haut, suivant le degré de la cystocèle ; une *base*, limitée par un

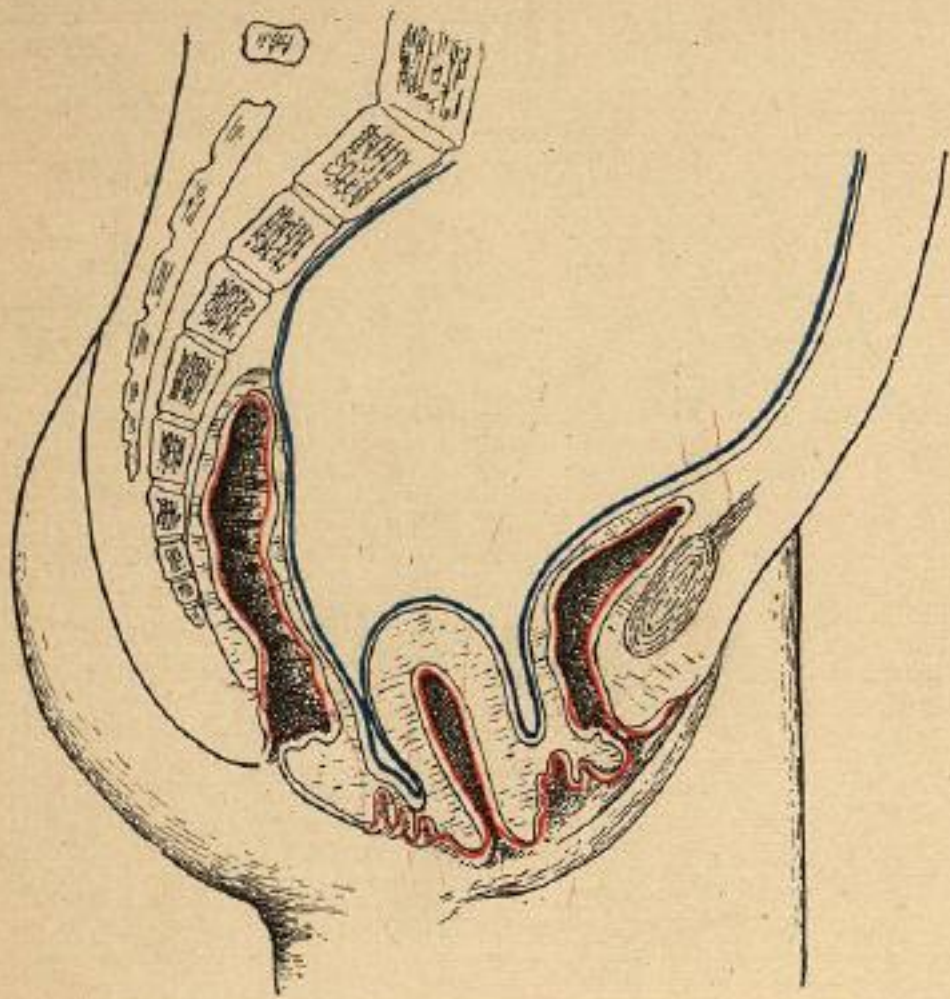


Fig. 90. — Prolapsus génital : prolapsus proprement dit avec colpopocele.

sillon compris entre l'orifice vulvaire et l'aponévrose inférieure du périnée ; enfin, une *surface*, sèche, parcheminée, pâle ou violacée, parfois ulcérée, à peu près dépourvue de sensibilité, et mobile sur son contenu (fig. 92).

5° *Prolapsus ou procidence avec allongement sus-vaginal du col.* — Si la déflection générale des moyens de fixité a été précédée d'une période plus ou moins longue de résistance de la part des moyens de sus-

pension, on comprend qu'il puisse y avoir *prolapsus* ou *procidence* complète avec allongement sus-vaginal du col.

6° Enfin, à côté de ces prolapsus multiples ou généralisés, on peut encore observer les prolapsus monorganiques, permanents ou avec tendance extensive, dont nous avons déjà parlé.

b. SIGNES PARTICULIERS A CHAQUE LÉSION. — Il importe de bien se

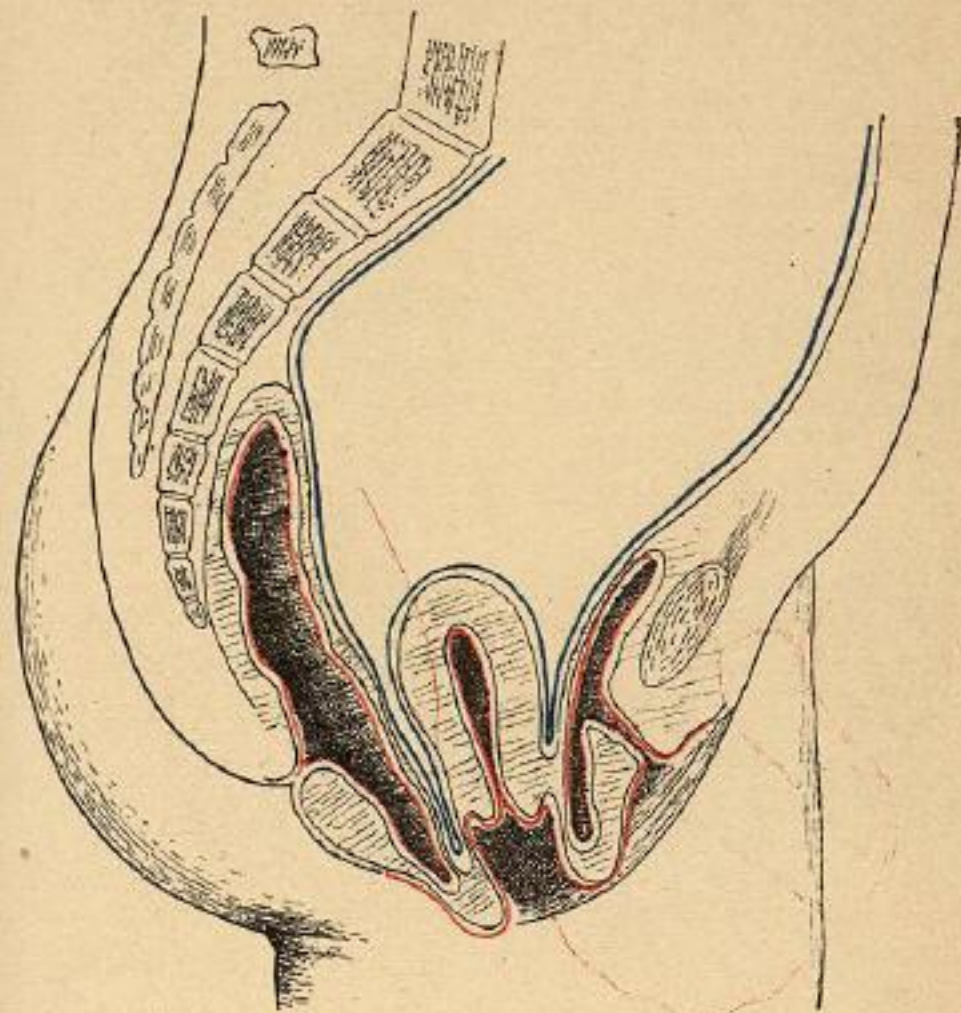


Fig. 91. — Prolapsus génital : prolapsus proprement dit avec cystocèle et rectocèle.

pénétrer de cette idée, que si les lésions du prolapsus sont faciles à reconnaître à une période avancée, elles se dissimulent, par contre, dans un bon nombre de cas, où les troubles fonctionnels sont déjà très marqués.

*Prolapsus utérin et allongement du col.* — L'abaissement du museau de tanche peut être dû soit à l'élongation du col, soit au prolapsus utérin, soit à la combinaison des deux processus.



Dans le premier cas, il s'agit ordinairement de l'hypertrophie, le plus souvent inflammatoire, du segment vaginal du col. Le corps utérin est à sa place et la profondeur des culs-de-sac est conservée.

Nous avons déjà étudié, en dehors de l'abaissement, l'allongement des segments *sus-vaginal* et *moyen* (voir livre III).

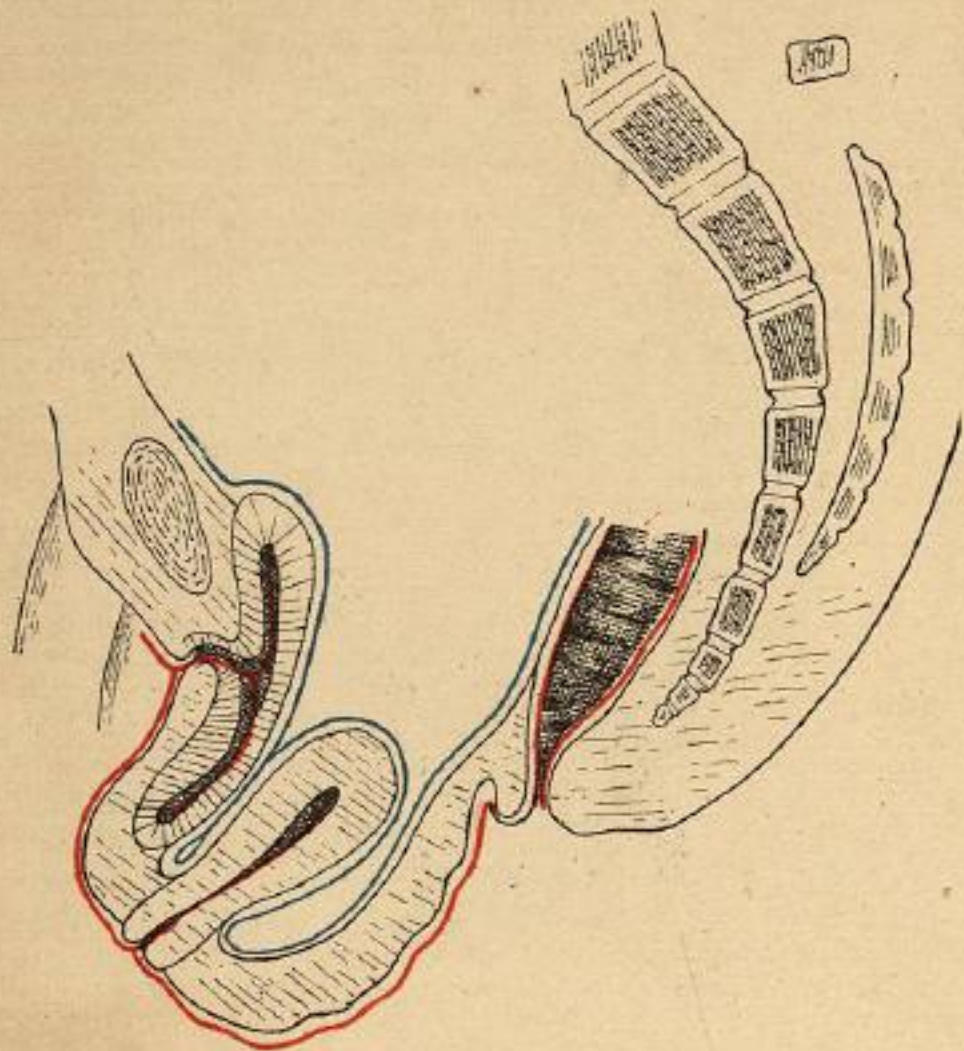


Fig. 92. — Prolapsus génital : procidence complète de l'utérus et du vagin avec cystocèle.

Dans le second cas (prolapsus utérin sans élongation du col), le palper combiné fait reconnaître l'abaissement en masse de l'utérus et des culs-de-sacs vaginaux, et l'absence de modifications du côté du col.

Dans le troisième cas (prolapsus utérin avec élongation du col), le fond de l'utérus est encore abaissé; mais, de plus, si l'allongement du segment sus-vaginal se combine à l'hypertrophie, on perçoit, au

travers de la voûte du vagin, une sorte de cylindre qui relie insensiblement le col au corps; si, au contraire, il y a atrophie, le cylindre est remplacé par un pédicule plus ou moins grêle qui suspend le col au corps, à la façon d'un battant de cloche.

L'hystérométrie, dans ces cas d'allongement sus-vaginal, peut accuser de 10 à 20 centimètres.

*Colpocèle.* — La *colpocèle antérieure*, lorsqu'elle est accentuée, se présente sous forme d'une tumeur plus ou moins irrégulière et onduleuse, dont les plis jouent les uns sur les autres, sous l'action des doigts, et ne s'effacent point lorsque la vessie s'emplit.

La *colpocèle postérieure* a d'abord la forme d'un bourrelet transversal, également irrégulier et plissé, bridé par la cicatrice périméale et faisant saillie au-dessus de celle-ci. Ses dimensions augmentent progressivement par décollement de la paroi, et elle finit par faire issue au dehors.

Lorsque les deux colpocèles sont très marquées, elles se montrent, à travers la vulve élargie, sous les apparences d'un double bourrelet transversal, séparé par une fente, et limité par deux petits bourrelets latéraux.

*Cystocèle.* — La *cystocèle* a la forme d'une saillie arrondie, lisse, molle et dépressible.

En combinant le toucher au cathétérisme, on se rendra compte que la vessie a suivi la paroi vaginale et l'on pourra préciser le point où elle descend.

*Uréthrocèle.* — L'*uréthrocèle* se distinguera généralement, à première vue, de la cystocèle, par sa localisation et ses dimensions moindres. De plus, le cathétérisme de l'urètre démontrera la présence du diverticule, son indépendance complète, s'il est saciforme, et la plus grande longueur de la paroi inférieure, s'il s'agit d'une simple inflexion de cette paroi (Robin).

Ce même moyen d'exploration permettra de distinguer l'uréthrocèle vraie d'un épaissement localisé de la paroi vaginale qui, du reste, coïncide souvent.

La confusion serait plus facile avec un kyste du vagin ouvert dans l'urètre. Priestley avait même fait de ce processus l'origine ordinaire de l'uréthrocèle.

*Rectocèle.* — La *rectocèle* présente des caractères extérieurs analogues à ceux de la cystocèle. En introduisant l'index dans le rectum et le recourbant en avant, en crochet, on se rendra compte de la présence du diverticule dont l'ampleur ne saurait prêter à la confusion avec le cul-de-sac normalement situé au-dessus du sphincter. En opposant un doigt vaginal au doigt rectal, il sera facile de cons-



tater que tous les mouvements imprimés au vagin se transmettent au rectum, ce qui n'a pas lieu dans la colpocèle pure.

*Prolapsus de la muqueuse uréthrale.* — Le *prolapsus de la muqueuse uréthrale* est aisément reconnaissable, quand il est réductible.

Dans le cas contraire, il prend l'aspect d'une tumeur d'un rouge vineux, bosselée, fixée par une sorte de pédicule à l'emplacement même du méat, au-dessous du tubercule antérieur du vagin. Cette tumeur peut atteindre le volume d'une petite noix et prendre une consistance assez ferme, du fait d'hémorragies interstitielles. Elle est divisée en deux lèvres, séparées par une fente transversale qui donne accès dans le canal de l'urètre (voir livre IX).

*État des ligaments et des annexes.* — Le palper combiné fera reconnaître l'atrophie et l'allongement des ligaments utéro-sacrés et de la sangle musculaire du releveur, ainsi que les déplacements et les lésions diverses des annexes.

Les ovaires peuvent être rencontrés, d'après Vallin, en dedans (*prolapsus rétro-utérin*), ou en dehors (*prolapsus rétro-latéral*) des ligaments utéro-sacrés, ou dans le cul-de-sac vésico-utérin (*prolapsus ante-utérin*).

*Prolapsus latent.* — Comme nous l'avons déjà fait entendre, le prolapsus peut être assez accentué, sans qu'il y ait de saillie directement appréciable à la vue ou au doigt.

Si l'on a quelque raison de le soupçonner, la malade se trouvant dans le décubitus dorsal, on l'engagera à tousser ou à faire effort, comme pour accoucher; ou bien, on pratiquera le toucher dans la position verticale.

Instinctivement, ou par crainte d'une incontinence d'urine ou de gaz, il peut arriver que la malade retienne l'effort et dissimule ainsi sa lésion. Mais qu'on abaisse le périnée, avec une valve de Sims, et l'on verra la cystocèle se développer du fait seul de l'écartement des deux parois vaginales.

Parfois aussi, la cystocèle est corrigée par la rétroversion qui tend la paroi antérieure du vagin, et ne se manifeste qu'après redressement au cathéter.

Pour déceler la colpocèle postérieure, il suffit de relever la paroi antérieure du vagin avec une valve plate.

Enfin, si l'on écarte les deux parois avec des valves indépendantes, on détermine ainsi un vide dans lequel se précipite le col insuffisamment soutenu.

Le périnée, dans ces cas, peut avoir conservé son apparence normale; mais, pour peu que la malade vienne à pousser, aussitôt il bombe; déprime-t-on la fourchette avec le doigt, c'est à peine si

l'on perçoit une résistance musculaire. Enfin, par le toucher recto-vaginal, on apprécie directement l'atrophie des muscles de la région et même celle du releveur.

#### Marche.

Le *prolapsus aigu*, nous l'avons dit, est très rare.

Le *prolapsus chronique* affecte une marche progressive dont l'allure est subordonnée à l'état des forces de la malade, à sa condition sociale et aux soins dont elle est entourée.

Chez une femme jeune, à musculature puissante, les lésions peuvent être compensées durant un certain temps; par contre, s'il s'agit d'une malade débile, amaigrie, condamnée à des travaux pénibles, elles peuvent aboutir rapidement à la chute complète.

A ce degré, la réduction se fait d'abord facilement, ou même spontanément, par le seul fait du repos au lit; puis elle devient de plus en plus difficile, ou même impossible.

Il ne faut guère compter sur l'arrêt définitif, ou même temporaire, du processus, sous l'influence d'un traitement palliatif, à moins qu'on ne s'y prenne très peu de temps après l'accouchement.

Les adhérences pelviennes ne peuvent retenir les organes qu'en accentuant les souffrances de la malade, et font plutôt obstacle à la réductibilité du déplacement.

La grossesse, qu'on évoquait volontiers autrefois comme moyen de traitement, étant la cause la plus ordinaire du prolapsus, ne peut le guérir. L'utérus gravide (en dehors des cas exceptionnels où la grossesse survient dans un organe irréductible), subit, il est vrai, un mouvement ascensionnel, parallèle à son ampliation, et les malades éprouvent, au moins dans les premiers mois, un soulagement relatif. Mais, l'accouchement survenu, les parties se trouvent dans des conditions encore plus défavorables qu'auparavant, car il est illusoire de tableur sur une involution plus complète que les précédentes.

#### Pronostic.

Le pronostic est subordonné, avant tout, à la tolérance individuelle et aux exigences de la profession.

Absolument parlant, le prolapsus n'offre pas de gravité. Il faut cependant tenir compte des inconvénients sociaux et des troubles multiples qu'entraîne cette infirmité.



## Traitement.

## I. Prophylaxie.

Les soins prophylactiques s'adressent surtout à la période puerpérale. Ils consistent principalement : à éviter les traumatismes obstétricaux (soutien du périnée, application régulière du forceps, etc.); à pratiquer, s'il y a lieu, la périnéorrhaphie immédiate; à favoriser l'involution puerpérale par un repos prolongé au lit; à veiller à l'antisepsie des voies génitales, et à l'évacuation régulière de la vessie et du rectum.

## II. Traitement médical.

Il ne convient guère qu'aux cas récents et légers : on conseillera le décubitus dorsal, le siège relevé, ou des séances prolongées de position genu-pectorale; l'abstention de toute excitation sexuelle; les bains généraux, et mieux, les bains de siège astringents et progressivement refroidis jusqu'à 10 ou 12° (Martin); les injections chaudes et astringentes, à 40 ou 45°; le tamponnement au glycérolé tannique, etc.

L'hydrothérapie, par son action tonique générale, peut avoir une certaine efficacité. Les courants continus ou interrompus et le massage local, semblent avoir donné un certain nombre de succès.

Les ceintures abdominales, en soutenant le paquet intestinal, diminuent la pression qu'il exerce sur l'utérus; mais, pour atteindre ce but, elles doivent agir de bas en haut, à partir du pubis, et se trouver fixées de telle sorte, qu'elles ne puissent remonter, sous peine d'être plus nuisibles qu'utiles.

On ne doit recourir aux pessaires vaginaux que dans les cas où le plancher pelvien leur offre un point d'appui suffisant.

On donnera la préférence aux pessaires en anneau ou en gimblette, dans les cas moyens; au pessaire à air de Gariel dans les cas plus accentués; aux pessaires à tige, montés sur des ceintures abdominales, dans les cas de prolapsus complet et ancien (voir 2<sup>e</sup> partie).

## III. Traitement chirurgical.

Il a pour but, suivant les indications, de reconstituer le plan inférieur de soutien (*opérations plastiques sur le vagin et le périnée*) et de

rendre à l'utérus des moyens de suspension (*raccourcissement des ligaments ronds, hystéropexie*).

La suppression de l'organe (*hystérectomie vaginale*) n'est admissible que dans des conditions exceptionnelles.

Les deux premiers modes d'intervention se combinent de diverses manières suivant le degré et la variété du prolapsus, et doivent être associés au traitement des lésions concomitantes : curettage, contre la métrite; ablation des annexes, si elles sont atteintes de lésions incurables; amputation du col, s'il est hypertrophié : indépendamment de la réduction de volume et de poids que comporte cette opération, il semble bien qu'elle provoque dans tout l'organe, à échéance plus ou moins longue, un processus d'involution des plus favorables.

*Colpocèle antérieure et cystocèle.* — A la *colpocèle antérieure* ou à la *cystocèle* on opposera la *colporraphie* ou *élytrorrhaphie* antérieure, en faisant cadrer la forme et les dimensions de l'avivement avec la disposition et l'ampleur de la hernie (voir 2<sup>e</sup> partie).

Il est bon, lors même qu'il n'existe pas de *colpocèle postérieure* bien manifeste, de donner un soutien à la *colporraphie antérieure*, en consolidant le périnée au moyen d'une *périnéoplastie* (procédés de L. Tait ou de Doléris).

*Colpocèle postérieure et rectocèle.* — En cas de *colpocèle postérieure* ou de *rectocèle*, avec décollement étendu du vagin, la *colporraphie postérieure* s'impose. Mais, sauf dans le cas exceptionnel d'intégrité parfaite du périnée, on lui associe ordinairement la *périnéorrhaphie* : on fait la *colpopérinéorrhaphie* ou *colpopérinéauxésis* (Martin). Le procédé Simon-Hégar convient à la généralité des cas.

S'il y a simplement *rectocèle*, avec *colpocèle* limitée au tiers inférieur du vagin, sans abaissement prononcé de l'utérus, on donnera la préférence à la *colpopérinéoplastie de Doléris*.

Nous avons vu que la *cystocèle* peut être masquée par la rétroversion : il est donc indispensable de réduire, au préalable, la déviation pour se rendre compte, et de l'utilité de la *colporraphie antérieure*, et des dimensions qu'on doit lui donner.

Nous ne ferons que citer, pour mémoire, les vieux procédés, insuffisants ou dangereux, de l'*épisiorraphie* (Fricke), de la *suture vulvaire* (Malgaigne), de l'*infibulation* (Domenes), de l'*hyménorrhaphie* (Mende), de la *cautérisation chimique ou ignée* des parois vaginales (Desgranges, Jobert, Laugier, etc.), de la *ligature simple* (Richter) ou *élastique* (Rokytansky), des *sutures sous-muqueuses* (Bellini), etc., et le procédé de *vaginofixation*, plus récemment proposé par Péan.

*Uréthrocèle.* — On a conseillé, contre l'*uréthrocèle*, la *cautérisation*



de la muqueuse uréthrale au nitrate d'argent; mais il vaut beaucoup mieux en faire la cure radicale, qui est très simple.

*Prolapsus de la muqueuse uréthrale.* — Si le *prolapsus de la muqueuse uréthrale* est réductible, on tente la réduction et l'on cherche à la maintenir à l'aide de la sonde à demeure et des injections astringentes ou caustiques.

Si ce moyen échoue ou s'il est impraticable, on excise la tumeur, après double ligature à sa base, avec le thermocautère ou les ciseaux.

*Prolapsus utérin.* — 1° Lorsque l'utérus est simplement abaissé et qu'il est encore en antédirection, les opérations plastiques sur le vagin peuvent suffire.

2° S'il *affleure la vulve* ou s'il est, en même temps, à l'état de *prolapsus moyen et rétrodévié*, il faut combiner avec les opérations vaginales le raccourcissement des ligaments ronds.

On peut avoir ainsi à pratiquer une série de cinq opérations: (curettage, résection anaplastique du col, colporrhaphie antérieure, colpopérinéorrhaphie et raccourcissement des ligaments ronds). Avec des aides expérimentés et un peu de pratique, ces opérations diverses doivent pouvoir se faire en une heure et demie.

Pozzi conseille de raccourcir les ligaments ronds avant de pratiquer les colporrhaphies. Nous préférons la pratique inverse, qui permet d'abaisser les parois vaginales plus facilement et sans exercer de tractions sur les ligaments suturés: on peut, du reste, apprécier tout aussi bien le degré d'avivement nécessaire, en réduisant, au préalable, la déviation.

Pratiqué seul, contre le prolapsus utéro-vaginal, le raccourcissement des ligaments ronds ne peut avoir que des effets incomplets ou passagers. Combiné aux opérations sur l'utérus, sur le vagin et sur le périnée, il donne des résultats excellents, même dans des cas de procidence complète, à condition que le déplacement soit réductible, que la femme ne soit pas trop obèse, que les colporrhaphies portent sur une étendue suffisante, et que le raccourcissement ligamentaire soit poussé *très loin*. Nous entendons par là que la dénudation des ligaments doit arriver jusqu'au voisinage de la corne utérine, de telle sorte qu'après la suture, le fond de l'utérus vienne au contact de la paroi abdominale, au-dessus du pubis.

Ainsi pratiquée, l'opération d'Alexander équivaut à une véritable hystéropexie et nous semble plus physiologique. Si, au contraire, le raccourcissement est insuffisant, on risque de faire plus de mal que de bien, en rapprochant l'axe de l'utérus de celui du vagin et en favorisant, par suite, le retour du prolapsus,

L'hystéropexie peut être appliquée dans les mêmes conditions, et beaucoup de gynécologues l'estiment supérieure. Mais, employée seule, elle est passible des mêmes objections que le raccourcissement des ligaments ronds, et ne suffit pas à corriger un prolapsus vaginal accentué. Cependant c'est la seule opération rationnelle: 1° dans les cas où la laparotomie trouve sa justification, par ailleurs, dans l'existence de lésions annexielles; 2° dans les cas où l'Alexander, employé à tort ou sans l'appui des opérations vagino-périnéales, n'aurait pas réussi.

3° Dans les *cas extrêmes de procidence réductible*, trois éventualités peuvent se présenter: si la femme est jeune encore et assez vigoureuse, on peut faire, avec chances de succès, la série des opérations que nous venons d'énumérer. Nous avons pu obtenir, dans ces conditions, la guérison définitive, suivie de grossesse et d'accouchement, à terme; au moins obtiendra-t-on une amélioration sensible et plus ou moins durable.

Si la malade a dépassé la ménopause, il se peut qu'elle supporte fort bien son déplacement et l'on interviendra surtout pour combattre les complications d'ulcération, de gangrène, etc., ou pour les prévenir. L'utérus et ses ligaments étant atrophiés et la colpocèle dominant la situation, on aura recours, soit au procédé du *cloisonnement (colpoclélisis, Lefort)*, soit à de larges colporrhaphies associées à l'hystéropexie.

C'est également à ce dernier parti qu'il faudra s'arrêter, s'il s'agit d'une femme plus jeune, à tissus profondément affaiblis.

4° L'hystérectomie vaginale trouve son emploi dans le cas de *procidence ancienne et irréductible*; mais encore faut-il la combiner à la résection du vagin et même, si besoin est, à la périnéorrhaphie.

Il est bien évident que ce court exposé ne peut prétendre à une précision mathématique. Chaque malade individualise ses lésions et réclame une décision spéciale relativement à la nature, au nombre et à l'étendue des interventions.

## II. — INVERSION UTÉRINE

On donne le nom d'*inversion* au renversement de l'utérus sur lui-même, à son invagination en doigt de gant.

### A. Étiologie et pathogénie.

Cette lésion s'observe à la suite de l'accouchement et dans le cas de polype fibreux.



A. **L'inversion puerpérale** aurait lieu 1 fois sur 190,000 accouchements (Cross). Favorisée par le ramollissement du tissu utérin, elle reconnaît, en premier lieu, comme cause efficiente, une action mécanique intrinsèque : soit la pression abdominale (accouchement debout, effort de défécation), soit des tractions extérieures sur la zone placentaire, dues à la brièveté ou aux circulaires du cordon, ou à la maladresse de l'accoucheur. Une fois amorcée, elle se continue par la mise en jeu des contractions utérines.

B. **L'inversion fibromateuse** ne reconnaît pas d'autre cause que les contractions expultrices exercées par l'utérus sur la tumeur et, par suite, sur son point d'implantation. D'après les relevés de Cross, elle serait sept fois plus rare que l'inversion puerpérale; mais, si l'on tient compte des faits où il n'y a qu'une légère invagination de la paroi utérine dans le pédicule de la tumeur, cette proportion est probablement trop faible.

#### B. Anatomie pathologique.

**Degrés de l'inversion.** — Dans un *premier degré*, la partie inversée est encore contenue dans la cavité utérine. Dans un *deuxième degré* (fig. 93), elle fait saillie à travers le museau de tanche. L'*inversion complète*, ou du *troisième degré*, n'a lieu que s'il y a en même temps prolapsus du vagin.

**Inversion puerpérale.** — L'*inversion puerpérale* commence toujours par le fond de l'organe et peut être plus avancée en arrière qu'en avant, du fait de la résistance des attaches utéro-vésicales.

L'*inversion puerpérale aiguë* est du domaine de l'obstétrique.

L'*inversion chronique*, qui seule nous occupera, comprend les cas à évolution aiguë non réduits, et ceux dans lesquels le renversement s'est produit insensiblement dans les suites de couches.

La tuméfaction varie d'aspect suivant son ancienneté et le degré de gêne circulatoire.

Est-elle relativement récente, on peut apprécier assez aisément la mollesse du tissu utérin subinvolé, et reconnaître les embouchures des trompes. Plus tard elle s'épidermise, revient sur elle-même et donne tout d'abord l'idée d'une tumeur beaucoup plus commune, le polype fibreux.

Suivant que la gêne circulatoire portera seulement sur les veines ou aussi sur les artères, il y aura simple congestion, ou bien ulcération et gangrène.

Du côté du petit bassin, on trouve, au lieu du fond de l'utérus, une fente elliptique assez étroite et contenant seulement les trompes,

si l'inversion a été progressive; beaucoup plus large et pouvant renfermer les trompes, les ovaires et même des anses intestinales, s'il s'est agi d'inversion aiguë.

Il peut se produire des adhérences, d'une part, entre les muqueuses

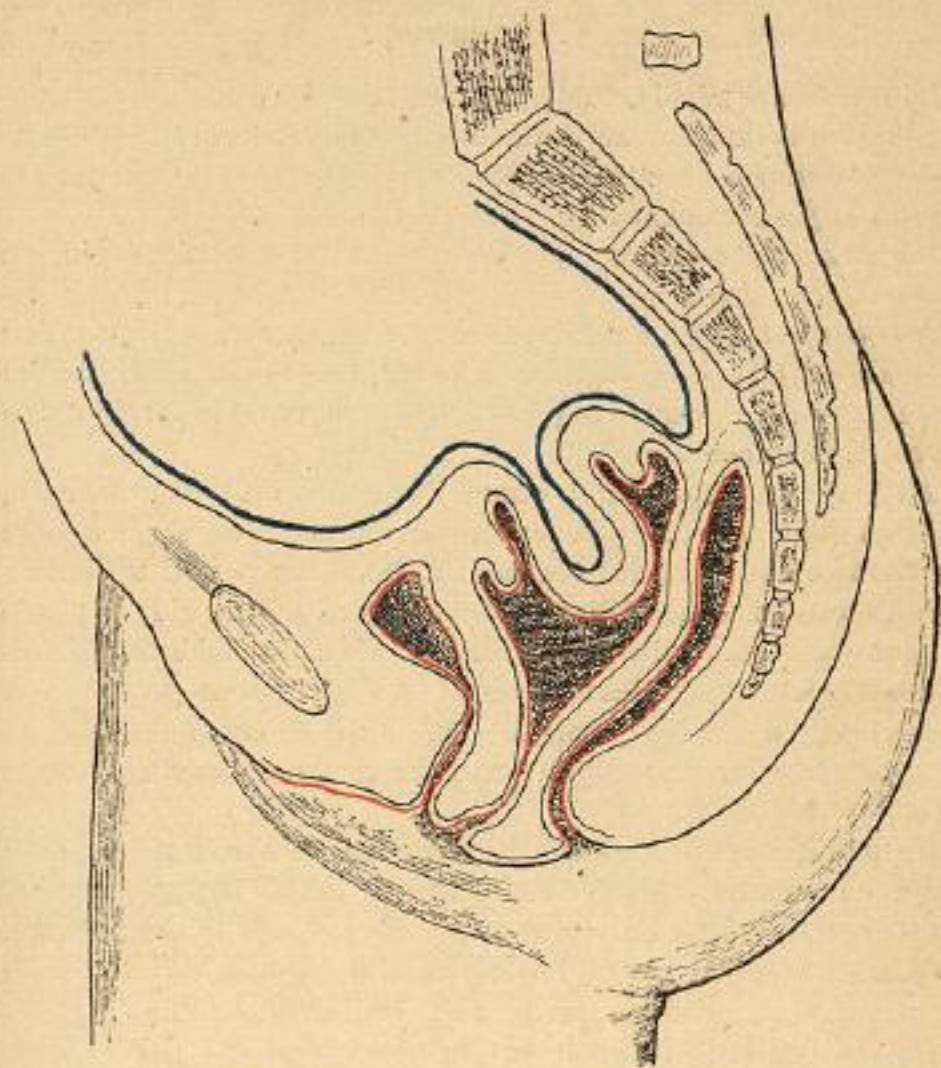


Fig. 93. — Inversion de l'utérus au 2<sup>e</sup> degré.

utérine et vaginale; d'autre part, entre les faces opposées de l'entonnoir péritonéal, ce qui rend la réduction impossible.

**Inversion fibromateuse.** — Dans l'*inversion fibromateuse*, la poche utérine renversée pénètre presque toujours le pédicule de la tumeur, pour peu que ce pédicule soit large; d'où cette conséquence, au point de vue opératoire, qu'une ligature ou une section, en apparence correctement faites sur les limites de la tumeur et de l'utérus,



atteignent le plus souvent les parois de l'organe et en déterminent la perforation.

Il ne faut pas, du reste, se fier beaucoup plus aux pédicules allongés ou extensibles, car on peut, tout aussi bien, y rencontrer du tissu utérin, dans le cas de tumeur non encapsulée.

### C. Symptômes.

L'inversion se révèle, subjectivement, par des douleurs, des troubles de la miction dus au tiraillement de la vessie, des troubles de la défécation dus à la compression du rectum et, avant tout, par des hémorrhagies abondantes qui épuisent la malade.

En portant le doigt ou un hystéromètre au fond du vagin, on constate que celui-ci se continue directement avec la tumeur (*inversion complète*), ou bien qu'il existe deux sillons concentriques, l'un normal, entre la paroi vaginale et le col, l'autre anormal, plus ou moins profond, suivant le degré de l'inversion, entre la paroi interne du col et la tumeur.

Au palper hypogastrique, quand l'inversion est très prononcée, la main s'enfonce sans rien rencontrer. Quand il ne s'agit que du deuxième ou du troisième degré de la lésion, on perçoit un entonnoir à bords assez mal délimités. Il peut aussi se faire que les parois de l'infundibulum soient rapprochées, et qu'en même temps l'organe soit soulevé, avec les culs-de-sac du vagin, par un corps fibreux prenant appui sur les parois de celui-ci : dans ces conditions, au lieu de percevoir une cupule, on aura la sensation d'une masse ferme et irrégulière.

L'exploration vaginale au doigt, et surtout à l'hystéromètre, offre donc, en somme, plus de sûreté que le palper hypogastrique et que le toucher rectal ou vésico-rectal, même sous le chloroforme.

Dans les quelques cas où l'hystérométrie elle-même s'est trouvée en défaut, il est probable que les torts étaient du côté de l'explorateur : ainsi en était-il dans le cas de rétroflexion cité par Emmet. De même, dans le cas de corps fibreux circulairement adhérent, doit-on toujours trouver passage pour l'instrument.

### Diagnostic.

Nous avons déjà dit que l'utérus inversé pouvait offrir toutes les apparences du fibrome pédiculé.

Dans les trois alternatives : *inversion sans polype*, *polype sans inversion* ou *polype compliqué d'inversion*, on trouve, dans le vagin,

une tumeur rappelant le tissu utérin et dont l'évolution s'accompagne de douleurs lombaires et abdominales, d'hémorrhagies et de phénomènes de compression.

*Premier cas : L'examen est relativement facile par toutes les voies :*

*S'il n'y a pas inversion*, on ne trouvera pas, au palper et au toucher, les particularités signalées plus haut, mais bien les signes propres au polype.

*S'il y a inversion*, on trouvera la gouttière vaginale et la dépression abdominale; mais il y aura encore lieu de se demander si la déformation se complique ou non d'un polype.

Dans le premier cas et dans les conditions énoncées (tumeur n'obturant pas le vagin, adiposité modérée, etc.), on pourra généralement se rendre compte, soit à la simple vue, soit par une traction légère, que la tumeur est *bilobée*; on pourra relever, en outre, certains signes qui permettront de déterminer la présence et les limites respectives de la paroi utérine et du fibrome. Ces signes ne sont malheureusement ni pathognomoniques, ni constants.

Ainsi le fibrome est, il est vrai, moins coloré, d'ordinaire, que le tissu utérin; mais, qu'il y ait ulcération ou seulement congestion de toute la masse, cette différence s'effacera.

De même, s'il est vrai que l'utérus soit de volume moindre et de consistance plus molle, à surface plus lisse, il peut être aussi bourré de petits fibromes qui se continuent, sans ligne de démarcation tranchée, avec la tumeur principale (Arrou). Les orifices des trompes peuvent ne pas être apparents.

Enfin la sensibilité spéciale de l'utérus à la piqure, à la pression, est loin de toujours exister.

*Deuxième cas : L'examen vaginal est rendu impossible par le volume de la tumeur :*

On en est alors réduit à l'exploration abdominale. L'inversion est-elle reconnue, il peut s'agir d'inversion simple ou d'inversion compliquée de fibrome. Ne trouve-t-on pas la cupule révélatrice, il s'agit d'un fibrome pur, d'un fibrome avec inversion légère ou d'une inversion avancée, masquée par le soulèvement exercé par un fibrome. En tout cas, on devra toujours se comporter comme si l'on se trouvait en présence des deux lésions combinées, fibrome et inversion.

### E. Marche et pronostic.

**Inversion puerpérale.** — L'*inversion puerpérale*, à marche chronique, est beaucoup moins grave que l'*inversion aiguë*.

Dans quelques cas, on a vu se produire la *réduction spontanée* de



la tumeur, son *involution*, *puerpérale* ou *sénile*. Mais il ne faut pas compter sur ces éventualités favorables. Inutile de dire que l'élimination par gangrène n'est pas à désirer.

Il y a lieu de craindre l'aggravation de l'état général du fait des douleurs et des hémorragies, et l'étranglement de l'intestin dans le sac herniaire.

**Inversion fibromateuse.** — Dans l'*inversion fibromateuse*, le pronostic dépend surtout du néoplasme et de ses rapports avec la paroi utérine.

#### F. Traitement.

##### a. Inversion puerpérale.

**1° Réduction (1).** — S'il s'agit d'inversion puerpérale, on doit tout d'abord essayer de la réduire, même si le cas est très ancien.

*Taxis.* — Le *taxis manuel* a l'avantage d'être expéditif, mais ne réussit guère au delà de quelques semaines.

Le *taxis par refoulement central* (Viardel), repoussé par Schultze, ne réussit que si le col est très dilatable, attendu qu'à un moment donné il se forme des replis qui s'opposent à la réinvagination (Varnier).

C'est un procédé qui ne peut guère être utilisé que pour une inversion très récente, de même que le *taxis par refoulement latéral* de Denucé, ou le *procédé mixte* de Lusk.

Le *taxis*, réellement applicable à l'inversion chronique, est le *taxis par refoulement périphérique*, ou mieux, *pédiculaire*, absolument semblable au *taxis* de la hernie intestinale, et qui consiste à faire rentrer, les premières, les parties qui sont sorties en dernier lieu.

La combinaison du *taxis* à la dilatation de l'anneau cervical par l'intérieur du ventre (Gaillard Thomas) est à rejeter.

Il en est de même des instruments, plus ou moins bizarres, inventés dans le but de réduire l'inversion, et qui ne sont plus que des objets de curiosité. Un instrument ne saurait remplacer l'effort intelligent de la main : tout au plus admettons-nous le tampon monté, si le cas est récent et très facilement réductible.

*Appareils ou pansements agissant par pression continue.* — On y aura recours si le *taxis* n'a pas réussi.

Le simple tamponnement à la gaze iodoformée, pratiqué avec méthode, a réussi 23 fois sur 34 (Hofmeier), et dans l'espace de quelques jours à quelques semaines.

(1) Se reporter, pour les détails opératoires, à la 2<sup>e</sup> partie de l'ouvrage.

On pourra également utiliser avec avantage les pessaires à air (pessaire Gariel), les dilateurs à eau (colpeurynter, ballon de Champetier de Ribes).

En même temps, on maintiendra la femme au repos. On la soumettra aux douches chaudes, au massage même, si la réduction tarde à se faire.

*Pression continue associée au taxis.* — Chassagny a proposé une méthode qui tient à la fois du *taxis* et de la pression continue (voir 2<sup>e</sup> partie).

**2° Ablation partielle ou totale.** — En cas d'insuccès des différents modes de réduction, ou si la tumeur est sphacélée, on aura recours, soit à l'hystérotomie par l'instrument tranchant (procédé de Kaltbach), soit à la *ligature à traction élastique* (procédé de Périer), soit à l'hystérectomie totale.

##### b. Inversion fibromateuse.

En cas d'inversion compliquée de fibrome ou supposée telle :

**1° Commencer par s'attaquer au corps fibreux.**

On donnera la préférence à l'instrument tranchant sur les différents modes de ligatures (élastique, galvanique, etc.), qui risquent de sectionner l'utérus retourné en doigt de gant dans le pédicule.

Si celui-ci est facilement accessible, on recherche, en s'aidant au besoin d'une traction légère, le sillon de démarcation. Puis on excise en plein corps fibreux et l'on énuclée ce qui en reste.

Si le pédicule est inaccessible, on pratique sur la tumeur une incision peu profonde, longitudinale, ou plutôt circulaire, et l'on a recours à l'énucléation aidée, ou non, du morcellement qui permet de se porter au-devant de la paroi utérine sans l'ouvrir. Cette opération, sur 11 cas, n'a donné ni mort, ni perforation (Arrou). Pour remédier à ce dernier accident, il faudrait recourir soit à la suture de l'utérus, lorsqu'elle peut être pratiquée dans de bonnes conditions au point de vue des manœuvres et de l'asepsie, soit à l'ablation partielle ou totale de l'organe.

Pour éviter la perte de sang, Ricard place, au préalable, un lien élastique sur le pédicule de la tumeur ou sur le tissu utérin lui-même, en s'aidant au besoin de traction avec la pince à griffes, quitte à déterminer ou à accentuer l'inversion.

**2° La tumeur enlevée, on s'attaque à l'inversion :**

Si l'utérus n'est pas infecté, on cherche à la réduire immédiatement à l'aide du *taxis manuel* ou avec un tampon monté sur pince.

Si la tumeur est sphacélée, mieux vaut recourir d'emblée au



tamponnement à la gaze, à la fois antiseptique et hémostatique, et qui pourra suffire à la réduction. S'il en était autrement, on aurait toujours la ressource de l'hystérotomie ou de l'hystérectomie, après essai de taxis sous le chloroforme (Arrou).

En cas de myomatose diffuse, on pratiquera d'emblée l'hystérectomie pour enlever, du même coup, les tumeurs et l'utérus inversé.

### III. — HERNIES GÉNITALES PROPREMENT DITES

Indépendamment des différentes variétés de prolapsus et d'inversion, l'utérus et ses annexes peuvent encore, mais beaucoup plus rarement, former de véritables hernies, c'est-à-dire suivre les diverses voies que prend l'intestin pour sortir de l'abdomen.

#### 1° Hernies des annexes.

##### A. Étiologie.

Les hernies des annexes sont *congénitales* ou *acquises*.  
Dans le premier cas, elles coïncident ordinairement avec des malformations.

##### B. Anatomie pathologique.

Leur siège, de beaucoup le plus fréquent, est le canal inguinal et probablement le canal de Nück, quand la hernie est congénitale.

L'ovaire hernié peut être normal ou, au contraire, atteint d'inflammation aiguë (pouvant aller jusqu'à la formation d'abcès), d'inflammation chronique (cirrhose ou transformation scléro-kystique), ou enfin, de cancer.

##### C. Symptômes et diagnostic.

Les hernies de l'ovaire peuvent donner lieu à tous les symptômes de l'étranglement interne et entraîner la stérilité si elles sont doubles.

Quand l'ovaire, engagé dans le canal inguinal, est sain, on arrivera généralement au diagnostic, pour peu qu'on y songe, en se rendant compte de la forme, de la sensibilité exquise, toute spéciale, de la tumeur et de ses connexions avec l'utérus, rendues manifestes par le palper combiné.

Quand, au contraire, l'ovaire est malade, ces différents signes peu-

vent faire défaut et l'erreur devient beaucoup plus facile. Ainsi pourra-t-on confondre l'ovaire scléro-kystique avec une hydrocèle du canal de Nück ou une épiplocèle compliquée d'hydropisie du sac herniaire; l'ovaire cancéreux, avec une tumeur maligne ou des ganglions (Tillaux).

##### D. Traitement.

Si l'ovaire est réductible et sain, on fait suivre sa réduction de l'application d'une pelote herniaire.

Est-il irréductible, le mieux sera de l'aborder par une incision exploratrice et, s'il est malade, comme il arrive ordinairement, on l'enlèvera après ligature.

#### 2° Hernies de l'utérus.

Les hernies de l'utérus sont encore plus rares que celles des annexes.

##### A. Étiologie.

Elles peuvent être congénitales ou acquises.

##### B. Anatomie pathologique.

Parmi ces dernières, les hernies, dites *ombilicales*, sont en réalité des hernies *ventrales*: ce sont les plus fréquentes. Elles proviennent d'éventration avec antéversion consécutive.

Les hernies *inguinale* et *crurale* accompagnent ordinairement les hernies des annexes et de l'intestin.

##### C. Symptômes et diagnostic.

La hernie de l'utérus doit se reconnaître au déplacement de l'organe et aux caractères propres de la tumeur. Mais on ne l'a guère diagnostiquée qu'à l'état gravide.

##### D. Traitement.

Le traitement consiste dans la réduction suivie de l'application d'un bandage. Si, au cours de la grossesse, la réduction ne peut se faire, ce qui a généralement lieu, on pratique l'avortement provoqué, si la grossesse est peu avancée, et l'opération de Porro, de préférence à la césarienne, si elle approche du terme.