

ménopause ou à son voisinage. Quénu ajoute : « principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, spécialement lorsque l'état du vagin et du périnée ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement ». Pozzi la réserve aux cas où les parties prolabées ont, par leur volume, perdu droit de domicile. Bouilly ajoute les cas où l'utérus petit, atrophié, est complètement sorti de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total. Léopold (de Dresde) reconnaît les indications suivantes : 1° lorsque les souffrances sont considérables et que les autres traitements ont échoué ; 2° dans l'atrophie sénile de la muqueuse vaginale ou, au contraire, dans l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent ; 3° dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux ; 4° dans les prolapsus irréductibles par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes ; 5° quand il y a une complication de fibromes, de cancer, etc., on pourrait y ajouter la bilatéralité de lésions annexielles.

**CONTRE-INDICATIONS.** — La première est le jeune âge ; puis la déchéance sénile ou pathologique, les lésions organiques du cœur, des reins et des poumons — tous états s'opposant à une longue anesthésie et à une intervention chirurgicale sérieuse. Cependant Pichevin a pu faire, à la cocaïne, chez une vieille femme emphysémateuse et cardiaque, l'hystérectomie vaginale suivie de deux larges colporraphies. Malgré l'étendue donnée à celles-ci, la colpocèle antérieure s'étant reproduite, il l'opéra de nouveau, de la même manière et avec plein succès définitif.

**Choix du traitement chirurgical.** — Ce choix dépend du degré de la lésion et de sa modalité : il est aussi subordonné, en pratique, aux habitudes, aux aptitudes opératoires de chacun et à l'interprétation pathogénique de chaque cas particulier. Il doit être envisagé dans le *prolapsus incomplet* et dans la *procidence complète*. Il va sans dire que si le prolapsus est lié à une tumeur voisine, on devra tout d'abord l'enlever : souvent cela suffit.

**a. PROLAPSUS INCOMPLET.** — 1° *Prolapsus primitif du vagin sans lésion du col, avec statique normale ou très léger abaissement de l'utérus.* — La colporraphie antérieure, associée, à la colpopérinéorrhaphie, sont ici les opérations indiquées. La dimension et la forme à leur donner sont subordonnées à l'étendue des colpocèles. Dans tous les cas, la colporraphie antérieure devra être soutenue par la colpopérinéorrhaphie postérieure d'Hegar, si le décollement vaginal est étendu, par une périnéoplastie de Doléris, plus ou moins large, si le périnée seul est défaillant. Cette double opération, bien et largement exécutée, constitue la base du traitement du prolapsus et répond à la grande majorité des cas, même compliqués d'un certain degré d'abaissement et de déviation de l'utérus.

2° *Prolapsus vaginal primitif avec hypertrophie sous-vaginale ou allongement sus-vaginal du col.* — Les opérations plastiques seront précédées, suivant le cas, de l'amputation sous-vaginale du col, d'après le procédé de Schröder, ou de la résection sus-vaginale plus ou moins haute du col allongé.

3° *Prolapsus du vagin et de l'utérus plus ou moins rétrodévié.* — Les opérations vaginales fondamentales seront suivies de l'application d'un procédé de fixation supérieure. Parmi ceux-ci, le raccourcissement des ligaments ronds et l'hystéropexie se partagent la faveur des chirurgiens. Cette dernière compte peut-être aujourd'hui plus de partisans. Cependant, à défaut de lésions annexielles, surtout chez une femme apte encore à la grossesse, nous donnons la préférence à l'opération d'Alquié qui, *convenablement faite*, équivaut à une véritable hystéropexie et nous semble plus physiologique. Nous réservons pour les cas de lésions annexielles concomitantes l'hystéropexie abdominale ou vaginale. Comme ces prolapsus s'accompagnent toujours d'un certain degré de métrite et souvent d'hypertrophie du col, on peut être appelé à faire en une même séance le curettage, l'amputation du col, une double colporraphie et le raccourcissement des ligaments ronds. Cette série opératoire est un peu longue sans doute, mais, avec un peu d'habitude, on peut l'exécuter en une heure ou une heure et demie et les résultats en sont tellement satisfaisants qu'ils permettent de négliger cette objection.

4° *Abaissement primitif de l'utérus avec intégrité apparente du vagin.* — Ici, et exceptionnellement, l'opération fondamentale sera réalisée par un des procédés de suspension, hystéropexie, ou, mieux, raccourcissement des ligaments ronds et, comme opération accessoire, il sera bon de consolider le plan de soutien par une périnéoplastie.

En effet, nous savons que, dans ces cas, il y a toujours une déchéance, plus ou moins apparente, de tous les moyens de fixité.

**b. PROLAPSUS COMPLET.** — Si la femme est jeune, le prolapsus réductible et non compliqué, il convient de recourir aux procédés conservateurs de contention et de suspension très largement exécutés. Chez les vieilles femmes, si ce mode de traitement n'est pas applicable ou doit exposer à un insuccès, l'hystérectomie vaginale, avec ses indications et ses restrictions, reste comme suprême ressource.

Dans tous les cas, le choix du traitement exige une analyse consciencieuse et sagace de chaque cas particulier et le succès définitif est subordonné autant à ce choix qu'à l'exécution parfaite des actes opératoires qu'il aura dictés.

Maurice ANDRÉ, Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de LE FORT, thèse de Paris, 1888-1889, n° 201. — BOUILLY, *Congrès de chir.*, 1896. — Pierre

DELBET, *Traité de chir.*, publié sous la direction de DUPLAY et RECLUS, Paris, 1899, t. VIII, p. 244. — DUPLAY et CHAPUT, *Arch. de méd.*, 1889. — DURET (de Lille), De la colpohystérotomie postérieure dans l'inversion utérine irréductible (*Congrès de gynécologie d'Amsterdam*, 1899). — TRÉLAT, *Clin. chir.*, Paris, 1891, t. II, art. PROLAPSUS.

### I. — DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

Pour bien comprendre les malformations si variées qu'on observe au niveau des organes génitaux de la femme, il est nécessaire de connaître, tout au moins dans ses lignes générales, le développement de ces organes (1).

On peut diviser ce développement en deux grands stades : 1° le stade indifférent (Issaurat) ; 2° le stade sexué.

#### 1. — STADE INDIFFÉRENT.

Ce stade va des premiers rudiments embryonnaires au troisième mois de la vie fœtale. Il correspond au travail préparatoire des organes génito-urinaires tant internes qu'externes, pendant lequel aucun sexe ne se dessine encore, ce qui permet de dire que le fœtus, dans les premiers mois de son existence, peut être considéré comme normalement hermaphrodite.

Nous étudierons successivement, dans ce stade indifférent : 1° l'état primitif ; 2° le cloaque interne ; 3° le cloaque externe ; 4° la membrane cloacale.

1. **État primitif.** — L'aire embryonnaire, examinée dès les premiers jours de sa formation, présente, en arrière de la gouttière médullaire (futur axe médullaire), un sillon bien net, la *ligne primitive*, formée par l'accolement intime des trois feuilletts du blastoderme (endoderme, mésoderme, ectoderme). Lorsque, plus tard, l'embryon s'incurve, la portion inférieure de la ligne primitive se trouve portée en avant, devient ventrale et forme, sur la ligne médiane, la paroi fœtale de ce diverticule de l'amnios qui est situé au-dessous du tubercule caudal (fig. 116). En raison de sa situation et du rôle important qu'elle va jouer, cette portion sous-caudale de la ligne primitive reçoit le nom spécial de *lame cloacale* (Born) ou *bouchon cloacal* (Tourneux). Comme on peut s'en rendre compte sur la figure ci-dessous, le bouchon cloacal ferme l'intestin postérieur, qu'il sépare du diverticule sous-caudal de l'amnios.

(1) Voy. pour le développement et l'anatomie des organes génitaux externes : NAGEL, Die weiblichen Geschlechtsorgane, in *Handb. d. Anat. von Bardeleben*, t. VII, 2<sup>e</sup> partie, fasc. 1, p. 195 et suivantes. — NAGEL, Entwicklung und Entwicklungsfehler der weiblichen Genitalien, in *Handbuch d. Gyn. von Veit*, p. 521 (bibliographie). — O. HERTWIG, Embryologie, 2<sup>e</sup> édition française. Paris, 1900, Schleicher.

2. **Cloaque interne.** — L'intestin postérieur subit de bonne heure de profondes modifications, déterminées par le développement de l'allantoïde, qui va se former par une simple invagination de la portion ventrale de cet intestin postérieur (fig. 116). En même temps que se produit la vésicule allantoïdienne, la partie inférieure de la cavité intestinale primitive se divise en deux portions, suivant un mécanisme bien décrit par Rathke et récemment par Retterer. De chaque côté du tube intestinal partent deux bourgeons qui vont à l'encontre l'un de l'autre et s'unissent sur la ligne médiane, divisant ainsi l'intestin en deux canaux, l'un postérieur et dorsal, qui communique avec l'intestin supérieur (rectum), l'autre antérieur, ventral, communiquant avec l'allantoïde (pédicule de l'allantoïde).

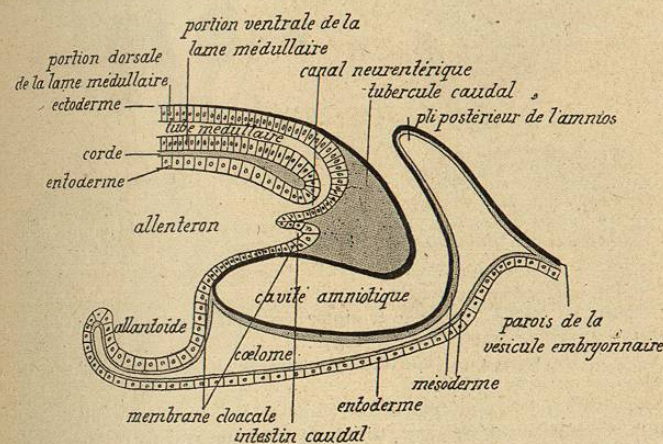


Fig. 116. — Embryon de mammifère. Extrémité postérieure, section médiane (d'après Waldeyer).

Mais l'intestin ne se trouve pas cloisonné sur toute sa hauteur : il reste, tout contre le bouchon cloacal, un vestige de la cavité intestinale primitive unique dans laquelle aboutissent intestin et allantoïde ; c'est le *cloaque interne*, qu'on est autorisé, à ce stade du développement, à appeler *cloaque recto-allantoïdien*, en raison des deux canaux qui s'y abouchent (fig. 117, 1).

Pendant que s'opère le cloisonnement de l'intestin postérieur, un travail actif se produit dans une portion plus élevée de l'embryon, où se forment successivement : le rein primitif, le corps de Wolff et les canaux qui en partent (canaux de Wolff et de Müller).

Les canaux de Wolff sont de formation toute primitive ; ils pré-existent par conséquent aux canaux de Müller. Les canaux de Müller se développent un peu plus tard, ils s'accroissent aux canaux de Wolff, forment avec ces derniers une masse quadrilatère, le *cordon génital*, qui vient se terminer dans le canal allantoïdien, au sommet d'une petite éminence, le bourrelet de Müller. Toute la portion du canal