

Le déplacement de la vessie ne peut aller sans celui des uretères. Duplay et Chaput admettent que ces derniers tiraillent le rein et peuvent l'entraîner.

Je crois qu'il est inutile de décrire l'anatomie pathologique du premier et du second degré de prolapsus qu'on peut aisément reconstituer.

Voyons maintenant comment les choses se passent quand il existe une hypertrophie du col. Schröder a proposé une division du col qui est tout à fait théorique; j'y vais recourir cependant, car elle permet de comprendre aisément des dispositions assez compliquées.

Schröder divise le col en trois segments (il faut suivre ces détails sur la figure ci-jointe) : le segment inférieur est (a) limité en haut par une ligne transversale qui passe par le cul-de-sac antérieur du vagin; c'est la partie sous-vaginale; le segment moyen (b) est limité en bas par la ligne précédente, en haut par une autre ligne qui passe par le cul-de-sac postérieur, toujours plus élevé que l'antérieur; ce segment est donc sus-vaginal en avant et sous-vaginal en arrière; le dernier segment (c), le plus élevé, est tout entier sus-vaginal.

Si le segment inférieur ou sous-vaginal s'hypertrophie seul, rien n'est changé dans le vagin. Le col, s'il s'allonge suffisamment, peut venir faire saillie à la vulve et même hors de la vulve; il est comme un battant de cloche dans le vagin dont les culs-de-sac ne bougent pas. Il n'y a alors aucune espèce de prolapsus. Le col fait procidence par suite de son développement exagéré, mais le corps de l'utérus et le vagin restent en place (fig. 56). C'est sur ces faits-là

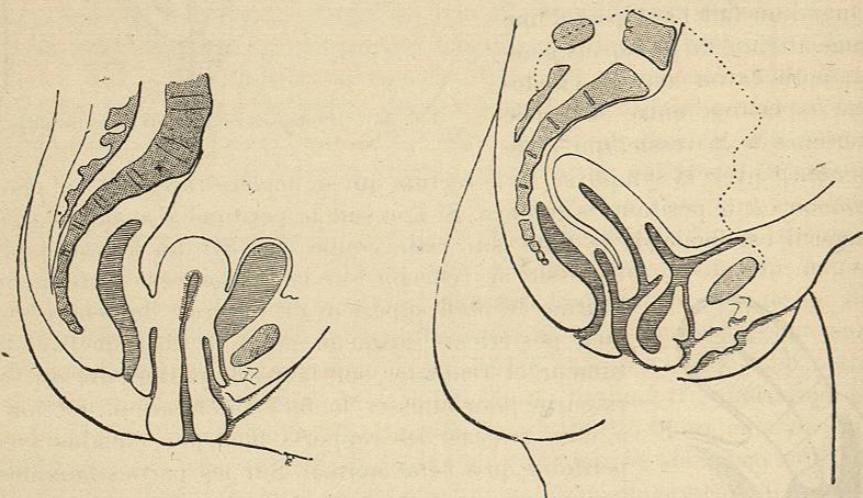


FIG. 56. — Allongement hypertrophique du col. (D'après Graily Hewitt.)

FIG. 57. — Hypertrophie du segment moyen du col. (D'après Schultze.)

que Huguier a appelé l'attention. On les observe surtout chez des jeunes filles ou des jeunes femmes. Souvent l'hypertrophie n'est pas régulière; la lèvre antérieure se développe plus que la postérieure, l'ensemble du col prend l'aspect d'un grouin, d'où le nom d'*hypertrophie tapiroïde*. Ces faits existent, mais ils sont rares à l'état de pureté. Souvent l'allongement se complique d'inversion des culs-de-sac vaginaux; il y a, en somme, combinaison de l'allongement du col et d'un certain degré de prolapsus.

Supposons maintenant que le segment intermédiaire s'hypertrophie seul, le résultat sera tout différent. En avant, ce segment du col étant sus-vaginal, entraîne la vessie et le vagin avec lesquels il est en connexion étroite; tandis qu'en arrière, comme il est sous-vaginal, sans connexion aucune avec les organes voisins, le cul-de-sac vaginal reste en place. Ainsi se produirait la disposition complexe qui est représentée sur la figure 58 : en avant, prolapsus de la paroi vaginale avec cystocèle, le tout adhérent au col; en arrière, cul-de-sac vaginal normal, c'est-à-dire pas de prolapsus de la paroi vaginale postérieure, mais hypertrophie de la lèvre postérieure du col.

Enfin, si le segment postérieur se développe seul, l'ensemble de la tumeur aura absolument le même aspect que dans le prolapsus complet décrit précédemment, toutefois avec cette énorme différence que le fond de l'utérus sera peu ou pas abaissé (fig. 58).

Je répète encore une fois que ces divers allongements hypertrophiques existent rarement à l'état isolé. Ils sont habituellement liés à un certain degré de prolapsus réel, c'est-à-dire d'abaissement du corps de l'utérus. Certains gynécologues les considèrent comme consécutifs au prolapsus.

La pathogénie de ces allongements hypertrophiques est encore entourée d'une profonde obscurité. On peut résumer ainsi les hypothèses qui ont été faites à leur sujet. Les uns attribuent aux allongements une origine purement mécanique; ils seraient dus aux tractions exercées par le vagin. Ce qui correspond à l'allongement du segment moyen de Schröder serait dû à la traction de la paroi vaginale antérieure prolabée seule, sans prolapsus de la paroi postérieure. Il faudrait donc qualifier ces faits de procidence partielle du vagin. On comprend, du reste, que, suivant qu'il se mêlera à l'hypertrophie un degré plus ou moins considérable de prolapsus réel, la profondeur du cul-de-sac vaginal postérieur sera plus ou moins grande. Mais cette pathogénie de l'allongement ne saurait s'appliquer au segment inférieur, sous-vaginal, qui, lui, ne peut évidemment être soumis à aucune espèce de traction.

Pour d'autres, l'allongement se rattache bien encore au prolapsus, mais d'une manière indirecte. Ce sont les troubles circulatoires produits par le déplacement qui amènent des modifications nutritives dans l'organe. Enfin, il en est qui attribuent l'allongement uniquement à des phénomènes inflammatoires, c'est-à-dire à la métrite, et qui, loin de le considérer comme l'effet du prolapsus, le regardent comme sa cause.

Il reste à signaler quelques complications des prolapsus. Les parois vaginales inversées sont souvent épaissies, comme œdémateuses; elles acquièrent parfois

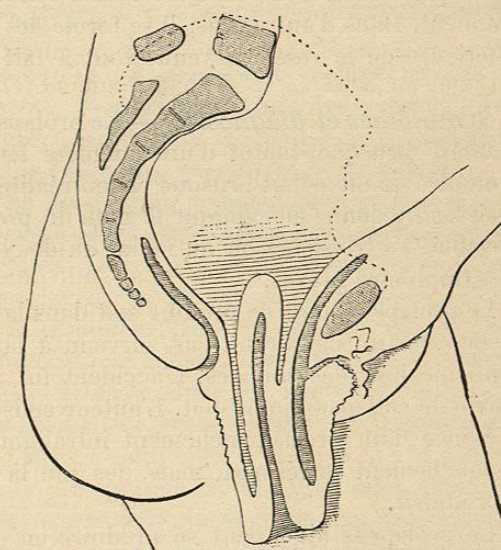


FIG. 58. — Prolapsus avec allongement hypertrophique du col. (D'après Schultze.)

une épaisseur très considérable. J'ai déjà dit que le vagin et quelquefois la muqueuse du col en ectropion subissent une véritable cutisation. Les ulcérations de la tumeur exposée à toute sorte de froissements ne sont pas rares; en revanche, les tumeurs malignes sont exceptionnelles. On a même soutenu qu'il y avait une sorte d'antagonisme entre le prolapsus et le cancer. Cependant Mayer (1), Kaltenbach, A. Martin ont observé des cancers développés sur des utérus prolapsés.

Il est heureusement rare que les feuilletés péritonéaux mis en contact par le déplacement contractent des adhérences; quand ces adhérences se forment, elles rendent le prolapsus irréductible.

On observe quelquefois des complications du côté de la vessie. L'évacuation incomplète de l'urine favorise l'infection et des phénomènes de cystite surviennent. Dans d'autres cas, il se forme des calculs qui se logent dans la partie inférieure de la vessie devenue tout à fait déclive. Varnier a étudié ces faits.

**Symptômes et diagnostic.** — Le prolapsus utérin se développe tantôt d'une manière brusque, tantôt d'une manière lente et tout à fait insidieuse. Trélat a montré que le début brusque est en réalité bien plus fréquent qu'on ne pense; mais on ne donne en clinique le nom de prolapsus aigu qu'à ceux qui arrivent d'emblée au troisième ou au moins au deuxième degré, et qui s'accompagnent de symptômes graves.

Le prolapsus aigu se produit soit dans la période puerpérale, soit en dehors d'elle. Martin signale un cas survenu à la suite d'un effort de défécation au septième jour des couches. L'accident fut annoncé par une douleur horrible, suivie de collapsus immédiat. L'auteur constata la procidence de l'utérus, et la présence d'un gros épanchement intraligamenteux. Le prolapsus fut réduit; l'épanchement se résorba, mais, dès que la malade se leva, le déplacement se reproduisit.

Le prolapsus aigu peut se produire en dehors de la période puerpérale, et même chez des vierges; j'en ai déjà cité des exemples. Il survient au moment d'un violent effort; une douleur intense, souvent syncopale, des vomissements, puis des phénomènes de rétention d'urine et quelquefois de péritonite en sont les signes. Dans un cas où le prolapsus complet s'était produit brusquement six mois après un accouchement, A. Martin constata qu'il existait aussi un épanchement sanguin dans le bassin. Il est probable que cet épanchement est fréquent, car on ne conçoit guère qu'un prolapsus complet puisse se produire brusquement sans quelques déchirures vasculaires.

En général, le prolapsus s'établit d'une manière insidieuse et lente. Il s'accuse dans les premiers degrés par une sensation de pesanteur sur le périnée, de plénitude du côté du rectum, quelques troubles de la miction, quelquefois de la rétention d'urine, quand le col hypertrophié vient buter contre la symphyse. Plus tard, les femmes ont une sensation fort pénible de vacuité abdominale; il leur semble que tous leurs viscères vont tomber. Tout effort est rendu difficile, la marche, même la station debout, deviennent quelquefois impossibles. La défécation est pénible, la miction également. Les femmes sont obligées de se pencher en avant pour uriner; certaines prennent l'habitude de presser la tumeur pour évacuer l'urine qui s'y loge. Toutes ces sensations pénibles dispa-

(1) MAYER, *Monatsschr. für Geb.*, t. XI, p. 44.

raissent pendant le décubitus dorsal; souvent dans cette attitude le prolapsus se réduit de lui-même.

Du reste, les troubles dus au prolapsus sont infiniment variables. On voit des femmes qui avec un prolapsus complet n'éprouvent guère d'autre gêne que celle qui est due à la présence d'une tumeur volumineuse entre les cuisses. D'autres, au contraire, avec un prolapsus même peu accentué, éprouvent des douleurs très vives. En dehors des difficultés de la miction, de la défécation, elles souffrent de douleurs névralgiques, de troubles sympathiques lointains. Il leur semble, c'est même ce dont elles se plaignent le plus, que leur abdomen se vide. Cette sensation vague et cependant très pénible entraîne une sorte d'asthénie qui les rend incapables du moindre effort; tous ces symptômes sont ordinairement aggravés au moment des règles. Ils acquièrent souvent une intensité telle, que les malades sont prêtes à se soumettre à n'importe quelle opération pour en être débarrassées.

Le prolapsus, même complet, lorsqu'il est réductible, n'empêche pas la conception. Au début de la grossesse, l'utérus sort et rentre comme avant suivant la position de la malade. Puis, à un certain moment, son volume l'empêche de sortir, il se développe dans le bassin, entraînant à mesure qu'il se développe le vagin prolapsé, de telle sorte que, pendant leur grossesse, ces malades éprouvent un soulagement notable. Mais, après l'accouchement, le prolapsus se reproduit presque toujours. Quelquefois l'utérus ne remonte pas dans le grand bassin. S'il est en prolapsus incomplet, il survient des phénomènes graves d'étranglement qui se terminent par l'avortement. Mais, si le prolapsus est complet, il n'y a pas d'obstacle à l'accroissement de l'utérus, et la grossesse peut se développer jusqu'à terme entre les jambes de la femme.

Les signes physiques des prolapsus ont une grande netteté et il suffit de se reporter à l'anatomie pathologique pour les comprendre. Il n'y a rien là à interpréter, tout se voit ou se sent avec la plus grande facilité. L'examen bimanuel permet de constater la situation du corps de l'utérus, celle du col, celle des culs-de-sac vaginaux. Avec une sonde un peu longue et courbe on se rend compte du degré de la cystocèle; le toucher rectal montre si la paroi du rectum a suivi le déplacement du vagin. La palpation de la tumeur, lorsqu'il s'agit d'un prolapsus complet, permet de sentir le volume et la forme de l'utérus. Elle permet en même temps de reconnaître si quelque anse intestinale s'est engagée dans les culs-de-sac péritonéaux de la tumeur, où sa présence s'accuserait d'ailleurs par sa sonorité.

Les éléments les plus importants du diagnostic sont fournis par l'hystéromètre, qui permet d'apprécier les dimensions de l'utérus et de faire le départ entre ce qui revient à l'allongement et ce qui revient au prolapsus. Cela est important et du reste facile. Hors ce point il n'y a pas place pour une erreur de diagnostic. Seule l'uréthrocèle décrite par mon maître, le professeur Duplay, pourrait être confondue avec le prolapsus de la paroi vaginale antérieure. Le cathétérisme permet d'éviter facilement cette erreur.

Il ne faut jamais manquer de rechercher si le prolapsus est réductible, et s'il existe quelque complication, fibromyomes de l'utérus, adhérences péritonéales, etc.

**Traitement.** — Thure-Brandt soutient qu'on peut guérir les prolapsus par sa méthode de gymnastique et d'exercices de la musculature du bassin.

Schauta<sup>(1)</sup>, F. von Preussen<sup>(2)</sup> ont obtenu des succès par cette méthode. D'autres auteurs (Fellner, Winberg) ont échoué dans les prolapsus complets et n'ont obtenu d'amélioration que dans les lésions du premier degré. En somme, il est bien difficile de se prononcer actuellement sur la valeur de cette méthode.

Les pessaires ne donnent pas grand résultat dans les prolapsus; la principale raison de leur insuffisance est justement que, dans les cas de prolapsus, le périnée et la vulve sont presque toujours insuffisants. Il est bien évident que, dans les cas d'allongement hypertrophique considérable du col, il n'y a pas à parler de pessaire. Dans les prolapsus récents sans hypertrophie, Schultze emploie ses pessaires soit en 8, soit en traîneau; il dit même que, chez les sujets jeunes, on peut avec ces instruments obtenir une guérison définitive du prolapsus. Les pessaires à air de Gariel, qu'on gonfle sur place, sont peut-être ceux qui maintiennent le mieux les prolapsus. Breisky<sup>(3)</sup> a recommandé des pessaires en caoutchouc qui ont la forme d'un œuf. Piskacek<sup>(4)</sup>, E. Fränkel<sup>(5)</sup> en ont obtenu de bons résultats. Ces pessaires me paraissent agir de la même façon que ceux de Gariel, mais ils ont l'inconvénient d'être d'un maniement plus difficile.

Il y a tout un autre groupe d'appareils orthopédiques qui sont composés de deux parties, une tige intravaginale, et une ceinture abdominale sur laquelle la tige prend point d'appui par une pièce intermédiaire. C'est à ces instruments que M. Pozzi conseille de réserver le nom d'hystérophore. Il en existe un grand nombre de modèles que je ne puis décrire.

A. Martin déclare que tous les pessaires, « loin de maintenir l'organe et de faire faire des progrès à la guérison, ne font que prédisposer à un développement plus accentué du prolapsus ». C'est aller beaucoup trop loin. Il faut reconnaître que les pessaires bien choisis et bien appliqués procurent à certaines malades un soulagement suffisant pour leur permettre de vaquer à leurs occupations. Mais ils échouent souvent, et même, lorsqu'ils soulagent, ils ne guérissent jamais. Aussi ne faut-il les considérer que comme des pis aller acceptables seulement quand l'intervention chirurgicale est contre-indiquée pour une raison quelconque.

Le traitement chirurgical doit comprendre deux choses : 1° remettre l'utérus lui-même dans un état aussi voisin que possible de l'état normal; 2° reconstituer ses moyens de soutien. L'hypertrophie du col est très fréquente, je l'ai dit. Il est bien vrai que quand l'utérus est remis en place, l'hypertrophie peut rétrocéder, mais il serait imprudent de compter sur ce travail de régression, qui en tout cas ne peut être que très lent. Il faudra donc commencer par faire l'amputation du col. La technique opératoire diffère beaucoup suivant la variété d'hypertrophie. D'une extrême simplicité quand l'hypertrophie porte seulement sur la portion sous-vaginale, elle se complique quand les segments moyens et supérieurs sont allongés. Il faut alors disséquer la vessie avec le plus grand soin. Il n'est pas d'ailleurs absolument indispensable d'enlever tout l'excès de longueur car l'amputation même insuffisante amène un travail de régression dans la partie qu'on laisse.

(1) SCHAUTA, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 25, p. 574.

(2) F. V. PREUSSEN, 1888, n° 15, p. 201, et n° 50, p. 481.

(3) BREISKY, *Prager med. Woch.*, 1884, n° 55.

(4) PISKACEK, *Wiener klin. Woch.*, 1888, n° 8.

(5) FRÄNKEL, *Centr. für Gyn.*, 1888, p. 289.

Le second temps, le second dans l'ordre d'exécution mais le premier en importance, consiste dans la réfection de moyens de fixité de l'utérus. Son appareil de suspension étant difficilement abordable, on s'adressera d'abord à l'appareil de contention. Dans ce but on faisait autrefois l'*épisiorrhaphie*, ou suture partielle des grandes lèvres, la suture de l'orifice vulvaire, des cautérisations de la paroi vaginale; tous ces procédés sont insuffisants.

Frank<sup>(1)</sup> a proposé une opération meilleure : elle consiste à disséquer le vagin jusqu'àuprès du cul-de-sac postérieur, puis à faire des sutures profondes qui déterminent la formation d'un pli, c'est donc une sorte de colporraphie. Firnig<sup>(2)</sup> a pratiqué une opération analogue en faisant remarquer qu'elle avait surtout pour but de déterminer des adhérences entre le vagin disséqué et les parties voisines. A ce titre cette opération doit être rapprochée de celle qu'a faite Péan, et qui consiste à passer un peu à l'aveugle des fils transversaux profonds qui ont également pour but de faire contracter au vagin des adhérences avec les plans sous-jacents.

Aujourd'hui presque tous les chirurgiens, en cas de prolapsus, font successivement deux opérations vaginales, l'une qui porte sur la paroi antérieure et a pour but de la rétrécir : c'est la colporraphie antérieure; l'autre, qui porte sur la paroi postérieure et le périnée : c'est la colpo-périnéorrhaphie. Les procédés qui ont été imaginés pour réaliser ces opérations sont presque innombrables. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'ils se valent tous, mais tous peuvent donner des succès pourvu que l'avivement soit très large et la suture bien faite. Je préfère pour ma part une opération qui se rapproche de celle de Lawson Tait. Je crois d'ailleurs que, pour toutes les opérations plastiques, il est important de s'en tenir au précepte que j'ai formulé de l'avivement sans perte de substance. J'ai décrit au Congrès de 1896 la technique que j'emploie pour la colporraphie antérieure.

M. Le Fort a imaginé une opération qui est basée sur une autre idée, c'est le *cloisonnement du vagin*. Elle consiste à pratiquer sur chaque paroi vaginale, près de la vulve, un avivement à direction verticale et à réunir les deux parties avivées par des sutures au fil d'argent. André<sup>(3)</sup> a publié dans sa thèse 40 observations de cloisonnement du vagin avec 55 succès; 14 malades ont été suivies de deux mois à cinq ans. Il fait remarquer, chose importante, que le cloisonnement n'empêche ni les rapports sexuels, ni la fécondation, ni même l'accouchement. Il faut s'entendre sur ce dernier mot. L'une des plus anciennes opérées du professeur Le Fort a pu accoucher normalement, mais après qu'on eut sectionné la bride produite par l'opération pour permettre le passage du fœtus. Actuellement le cloisonnement du vagin est abandonné en faveur des colpo-périnéorrhaphies.

Schucking<sup>(4)</sup> a appliqué son opération (que j'ai décrite à propos de la rétroversion) au traitement du prolapsus. Dans 2 cas de prolapsus total, il aurait réussi; mais il a publié les observations peu de temps après les opérations. La vagino-fixation de Duhrssen et de Mackenrodt a été également employée contre le prolapsus. Il est bien difficile de juger les résultats qu'elle donne dans ces cas.

(1) FRANK, *Arch. für Gyn.*, 1888, p. 455.

(2) FIRNIG, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 52, p. 859.

(3) ANDRÉ, Thèse de Paris, 1888-1889.

(4) A. SCHUCKING, *Centr. für Gyn.*, 1888, p. 561.

Le raccourcissement des ligaments ronds, qui a été imaginé pour les rétroversions, a été aussi appliqué aux prolapsus. Polk<sup>(1)</sup> a obtenu 15 succès par cette opération seule. Matlakowski<sup>(2)</sup> a publié 4 bons résultats. Il est vrai qu'on pourrait citer bien des revers. Je crois que cette opération qui est bonne pour les rétroversions réductibles est complètement insuffisante quand il s'agit de prolapsus. Il faut toujours faire la réfection des moyens de contention, c'est-à-dire les opérations périnéo-vaginales. Mais, lorsqu'on a reconstitué le vagin et le périnée, il est peut-être excellent de faire le raccourcissement des ligaments ronds. C'est le seul des agents de suspension de l'utérus sur lequel on puisse agir aisément. L'opération d'Alexander rendrait dans ces cas de grands services, non pas en suspendant l'utérus, mais en le maintenant en antéversion. Ce serait une bonne précaution contre la récurrence, car un utérus en antéversion, je l'ai précédemment exposé, ne peut tomber en prolapsus.

On a employé aussi la gastro-hystéropexie dans le cas de prolapsus. Seule, cette opération est insuffisante. Elle ne s'adresse qu'à un des éléments du prolapsus en laissant tous les autres de côté. On comprend que ses résultats ne puissent pas être durables. Kleinwöchter<sup>(3)</sup> a fait remarquer, qu'il n'y avait que 2 cas dont la guérison ait été constatée plus d'un an et demi après l'opération. Comment peut-on espérer obtenir des résultats définitifs, puisque, ainsi que le fait observer Freund, après l'hystérectomie avec fixation extra-péritonéale du pédicule, on voit quelquefois ce pédicule se détacher de la paroi.

Quand il s'agit de prolapsus compliqué, on peut être autorisé à pratiquer l'hystérectomie. Si le prolapsus a été déterminé par un fibrome, l'hystérectomie est tout indiquée. Si le prolapsus est complètement irréductible, on ne peut appliquer aucune des opérations dont je viens de parler et, si les symptômes nécessitent une intervention, c'est l'hystérectomie vaginale qu'il convient de pratiquer. Mais il ne faut pas se hâter de déclarer un prolapsus irréductible : quelquefois avec des manœuvres patientes, des pressions continues, des massages, on diminue l'œdème, l'épaississement des tissus, et l'on peut arriver à réduire un prolapsus qui avait paru irréductible.

Quand on est conduit à pratiquer l'hystérectomie, il faut bien se garder de croire que l'opération suffit par elle-même à guérir le prolapsus. L'utérus enlevé, le prolapsus du vagin, la colpocèle, la cystocèle se reproduisent parfaitement. Il faut donc dans ces cas faire l'hystérectomie d'une manière spéciale. D'abord il faut au lieu de pinces à demeure employer les ligatures. Quénu conseille en outre de nouer les fils du côté droit avec ceux du côté gauche, de manière à constituer une porte de sangle. C'est une bonne précaution. J'en ai joint une autre qui consiste à faire en même temps que l'hystérectomie une colporrhaphie antérieure et à amener les ligaments ronds sous la vessie et l'urètre jusqu'auprès du méat pour renforcer toute la paroi antérieure du vagin. J'ai décrit cette opération sous le nom de colpocystopexie.

Tuffier a récemment proposé de fixer, après l'hystéropexie, le moignon du vagin à la paroi abdominale antérieure. Après avoir enlevé l'utérus par la voie vaginale, il fait une laparotomie pour pratiquer la vaginopexie.

(1) POLK, *Amer. Journal of obst.*, 1886, p. 606.

(2) MATLAKOWSKI, *Przelad cekarski*, 1887, n° 29-31.

(3) KLEINWÖCHTER, *Zeit. für Geb. und Gyn.*, vol. XXI, p. 2

## VIII

## INVERSION

On désigne sous le nom d'inversion ou de renversement l'invagination de l'utérus. On lui distingue trois degrés : dans le *premier*, le fond de l'utérus invaginé reste dans la cavité utérine, c'est-à-dire qu'il ne descend pas au-dessous de l'orifice externe du col; ce stade est toujours transitoire, car l'inversion de ce degré ou se réduit, ou se complète; dans le *deuxième degré*, le fond et une partie plus ou moins considérable du corps sort par l'orifice externe du col et occupe le vagin; mais le col lui-même reste en place. Dans le *troisième degré*, l'utérus est complètement renversé, y compris le col. Toute la face interne, muqueuse, est devenue externe. Ce dernier degré ne s'observe que quand il se joint à l'inversion utérine, une inversion, c'est-à-dire un prolapsus du vagin.

Le second degré est de beaucoup le plus fréquent. Le corps de l'utérus, retourné et étranglé par le col, augmente de volume; il forme une tumeur considérable, molle, qui occupe les deux tiers du vagin, ou bien qui est située hors de la vulve, lorsqu'il existe en même temps du prolapsus. A la partie supérieure, la tumeur s'amincit et elle est comme sertie par le col, ce qui lui donne l'apparence pédiculée. Entre le col et la tumeur existe un sillon étroit, dans lequel on peut engager un stylet. La profondeur à laquelle pénètre le stylet indique exactement quelle est l'étendue du col qui est restée en place, et par suite quelle est l'étendue du corps qui a subi l'inversion. Souvent le sillon est plus profond en avant qu'en arrière, ce qui indique que la paroi postérieure s'est plus invaginée que la paroi antérieure, fait facile à comprendre, car la paroi postérieure revêtue du péritoine est plus souple que la paroi antérieure adhérente à la vessie.

Quand l'utérus en inversion sort de la vulve, c'est-à-dire lorsqu'il existe en même temps une inversion du vagin, le plus souvent, dit Schultze, l'inversion de l'utérus se complète, le col lui-même se retourne, et alors la face muqueuse de l'utérus se continue sans transition avec la face muqueuse du vagin; les faces internes de ces deux organes sont devenues externes et regardent au dehors.

Si on examine le bassin du côté du péritoine, on trouve, lorsque l'inversion ne s'accompagne pas de prolapsus, entre la vessie et le rectum, un orifice étroit dans lequel s'engage le péritoine. Les ligaments larges, avec l'extrémité interne des trompes et des ligaments ronds, convergent vers cet entonnoir. Quand l'inversion se produit immédiatement après l'accouchement, la dépression est beaucoup plus vaste et profonde, les trompes tout entières, les ovaires et quelquefois des anses intestinales, s'y engagent.

Quand l'inversion se produit pendant la période puerpérale, le col exerce une certaine striction sur le corps; en outre, les vaisseaux sont plus ou moins tirillés et coudés, ce qui entraîne des troubles vasculaires graves. La stase sanguine en est la première manifestation : le sang arrivant encore par les artères et ne pouvant revenir par les veines, il se produit des hémorragies redoutables. Quand la striction est plus considérable encore, toute circulation est suspendue, et la portion invaginée se gangrène.

Cependant, et c'est là un des faits les plus curieux de l'inversion qui suit les