

Ce double plan aponévrotique et musculaire est traversé d'arrière en avant par le *rectum*, le *vagin* et enfin l'*urètre*, qui cheminent dans son intérieur *obliquement* pour ne pas diminuer sa résistance.

Au-dessous, recouverts par la peau, se trouvent d'autres muscles et aponévroses, *muscles du périnée* et *sphincter externe de l'anus*.

L'utérus repose donc par sa partie cervicale sur le plancher pelvien dont le sépare le *rectum*; son corps est fixé par la partie supérieure des ligaments larges, les ligaments ronds et la vessie; son col est maintenu transversalement par la partie inférieure des ligaments larges et antéro-postérieurement par les ligaments utéro-sacrés en arrière, et les utéro-pubiens, en avant.

Sur tous les points libres de sa surface, l'utérus subit la pression abdominale par l'intermédiaire de l'intestin, dont les anses viennent combler les espaces vides.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMATOLOGIE
PATHOGÉNIE, ÉTIOLOGIE

Avec ces données, nous pouvons aborder l'étude des *flexions*, *versions* et *prolapsus*.

1. — FLEXIONS

Le col de l'utérus solidement fixé par ses liens naturels conserve sa position normale où à peu près normale. Le corps de l'organe se déplace seul :

- Soit en avant : *antéflexion* ;
- Soit en arrière : *rétroflexion* ;
- Soit latéralement : *latéroflexion* (droite ou gauche).

Les latéroflexions sont exceptionnelles, de telle sorte qu'en pratique on peut les laisser de côté, pour ne s'occuper que des flexions en arrière et en avant, qui constituent par contre des états pathologiques fréquents, auxquels le gynécologue est souvent appelé à porter remède.

a. — Antéflexion.

Le corps s'incline en avant, sur le col immobile; l'isthme sert de charnière.

L'axe du canal utérin forme un angle ouvert en bas, dont le sommet correspond approximativement à l'isthme.

Si l'angle est obtus, la flexion est faible ou du premier degré (fig. 331).

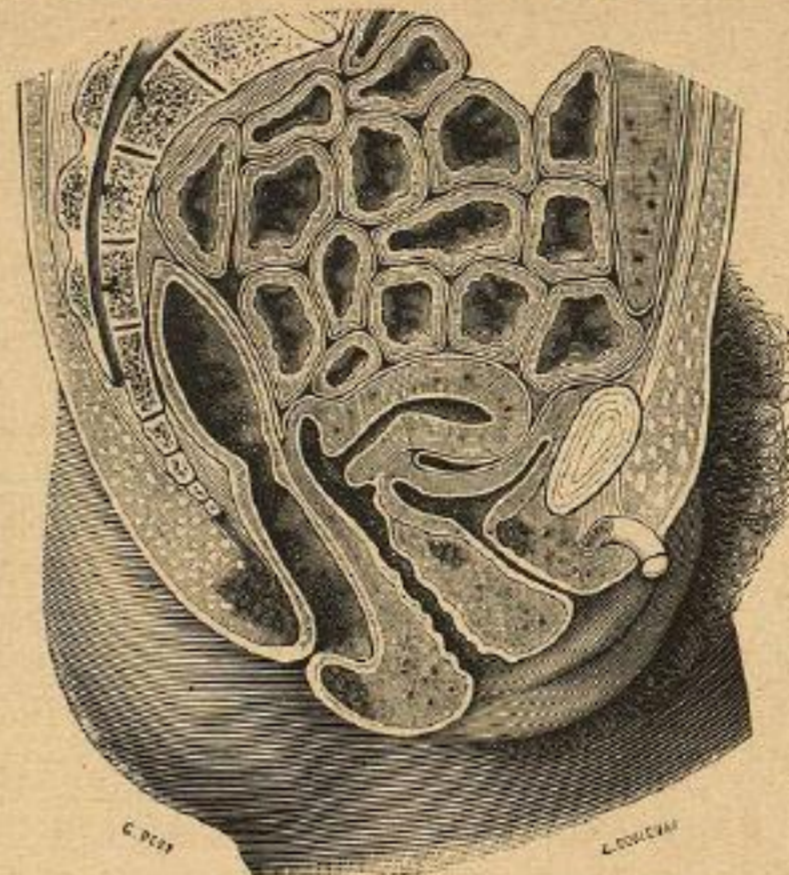


Fig. 331. — Antéflexion du premier degré.

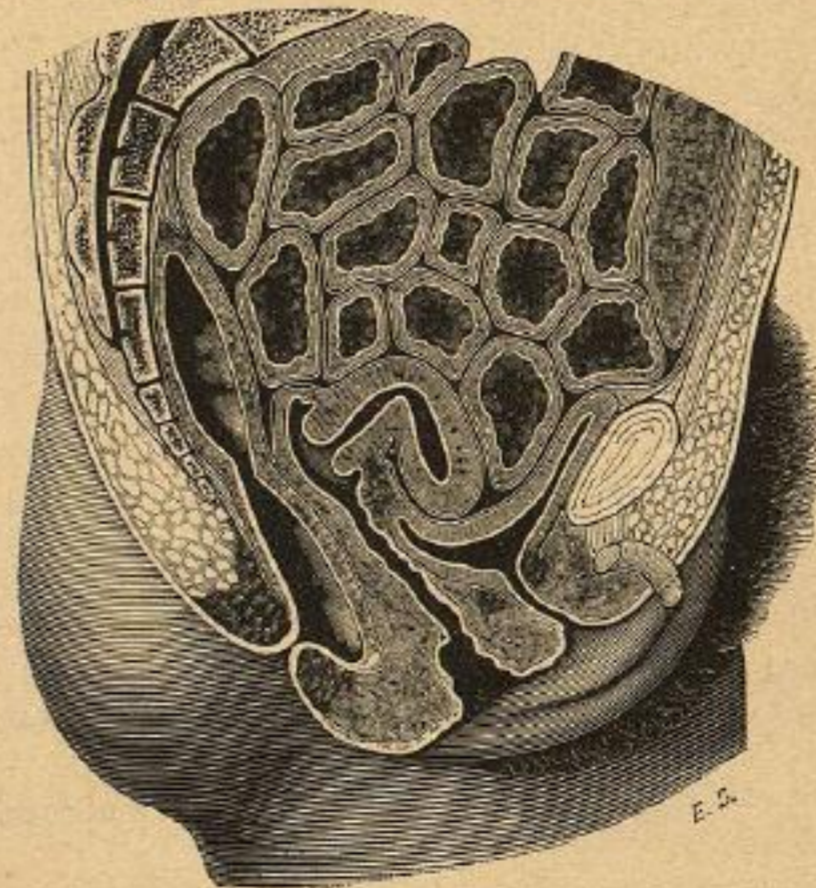


Fig. 332. — Antéflexion du second degré.

Si l'angle est aigu, elle est prononcée ou du deuxième degré (fig. 332).

La flexion à angle droit constitue la limite entre ces deux variétés.
L'antéflexion est un état

Tantôt normal,
Tantôt pathologique,
Tantôt indifférent.

Nous allons bientôt comprendre ces distinctions.

Suivons d'abord la vessie dans ses variations de réplétion :

Figure 333. — La vessie est vide, toute l'urine ou presque toute est évacuée, le corps de l'utérus s'incline en avant formant avec le col un angle obtus.

Figure 334. — A mesure que l'urine s'accumule dans le réservoir vésical l'antéflexion diminue, et quand la réplétion est moyenne l'utérus se trouve droit, la flexion a disparu.

Figure 335. — S'il y a surdistension d'urine, comme dans le cas de rétention, il ne se produit pas de rétroflexion ainsi qu'on pourrait théoriquement le supposer, mais tout l'utérus est légèrement refoulé en arrière, le fond plus que le col, de telle sorte qu'il se constitue un léger degré de rétroversion.

Ces mouvements de l'utérus, dépendant du fonctionnement de la vessie sont essentiellement physiologiques, et quand, après la miction, on constate de l'antéflexion, on commettrait une erreur si on concluait à un état pathologique.

L'état pathologique n'existe qu'avec la réunion des deux conditions suivantes :

Immobilité de l'utérus dévié;
Troubles pathologiques, dépendant de cette déviation.

Immobilité, quand l'utérus reste antéfléchi quel que soit le degré de réplétion vésicale, quand, en d'autres termes, il existe une *ankylose* du corps sur le col.

Cette antéflexion, avec fixation utérine, est la source de troubles pathologiques, qui consistent :

Soit dans le rétrécissement du canal utérin au niveau de l'isthme (conséquences : dysménorrhée, rétention de la sécrétion utérine, stérilité);

Soit dans la compression de la vessie, au niveau des parois mêmes de l'organe (1^{er} degré d'antéflexion), ou de l'ouverture vésicale de l'urètre (2^e degré d'antéflexion), d'où ténésme vésical, parfois même cystite.

Ces deux variétés de troubles *utérins* et *vésicaux* peuvent coexister ou se montrer séparément.

Enfin on constate parfois à l'examen des organes génitaux, un utérus fixé en antéflexion immobile, sans que cependant la femme n'accuse aucun trouble pathologique imputable à cette déviation.

L'antéflexion en pareil cas n'est pas pathologique, puisqu'il n'en résulte



Fig. 333. — Position de l'utérus avec la vessie vide ou presque vide.



Fig. 334. — Position de l'utérus avec la réplétion moyenne de la vessie.

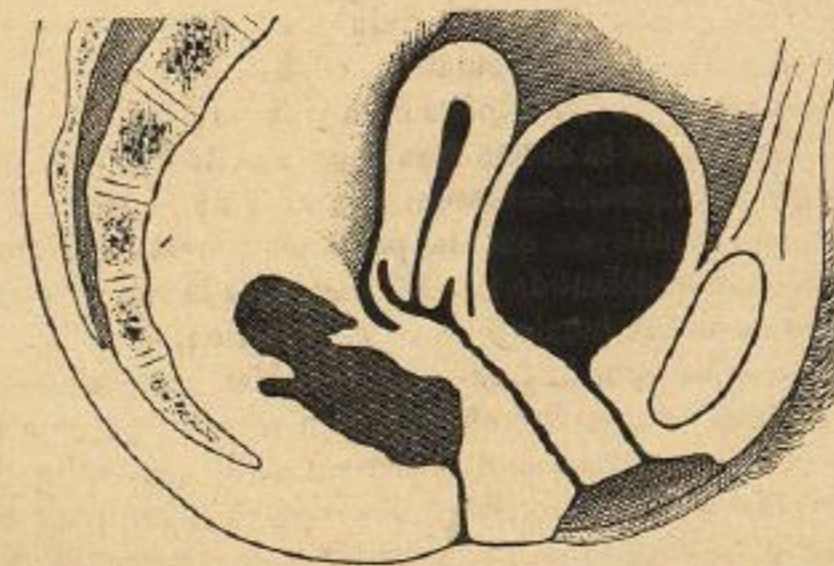


Fig. 335. — Position de l'utérus avec surdistension de la vessie.

aucun trouble; d'autre part elle ne saurait être considérée comme physiologique, puisque la mobilité est l'essence de cette dernière; le nom d'antéflexion *indifférente* lui convient bien.

Ainsi sont définies et nettement délimitées les trois variétés d'antéflexion :

Physiologique;
Pathologique;
Indifférente.

Nous retrouverons les deux variétés pathologique et indifférente à propos de la rétroflexion.

Je résume, pour les rendre faciles à retenir, les signes distinctifs des trois variétés d'antéflexion :

1 ^o Physiologique.	Pas de troubles.	Mobilité.
2 ^o Pathologique.	Troubles . . .	Immobilité.
3 ^o Indifférente.	Pas de troubles.	Immobilité.

Il est entendu que la mobilité, dont il est ici question, n'est pas celle de tout l'utérus, mais seulement celle du corps sur le col.

La *pathogénie* de l'antéflexion *physiologique* a été suffisamment indiquée; il est inutile d'y revenir ici. Quant aux deux autres variétés, elles sont tantôt *congénitales*, tantôt *acquises*, et, dans ce dernier cas, dépendent de causes soit *utérines*, soit *péritérines*.

L'antéflexion *congénitale* constitue un vice de développement de l'utérus, dont la paroi antérieure reste atrophiée par rapport à la postérieure; l'utérus est en quelque sorte bancal; cet état coïncide parfois avec une atrophie de tout le système génital, voire même du bassin.

Acquise, l'antéflexion dépend d'une des causes suivantes :

1^o *Métrite*, le corps de l'utérus augmente de volume et de poids, de telle sorte que la vessie devient incapable de redresser l'antéflexion. Dans certains cas, il est difficile de dire si l'inflammation est la cause ou l'effet de la déviation; cette dernière pouvant la produire ou plutôt la favoriser par les troubles qu'elle amène dans la circulation utérine.

2^o *Involution puerpérale incomplète* ou mieux *irrégulière*.

Incomplète, la cause est la même que pour la métrite.

Irrégulière, les deux parois subissent une involution inégale, soit que la paroi antérieure s'atrophie ou que la postérieure reste hypertrophiée, le résultat est le même; le défaut de parallélisme dans le retour à l'état normal infléchit l'utérus en avant (analogie avec rétroflexion, fig. 338).

3^o *Périmétrie*. — Soit par la formation de brides cicatricielles qui relient en avant le corps au col, et les attirent l'un vers l'autre comme le ferait une ligature, soit que la rétraction du ligament utéro-sacré suite d'inflammation, en attirant le col en arrière, invite le corps à s'infléchir en avant.

4^o *Tumeur abdominale* ou *utérine*, fixant l'utérus en antéflexion, soit en repoussant, soit en attirant le corps dans cette direction vicieuse.

b. — Rétroflexion.

Le corps de l'utérus s'incline en arrière, balayant dans sa descente la face antérieure du rectum; le col reste immobile ou s'avance légèrement dans la direction de la vessie; son orientation par rapport au vagin n'est pas modifiée, à moins que la déviation ne soit très prononcée, auquel cas il subit un

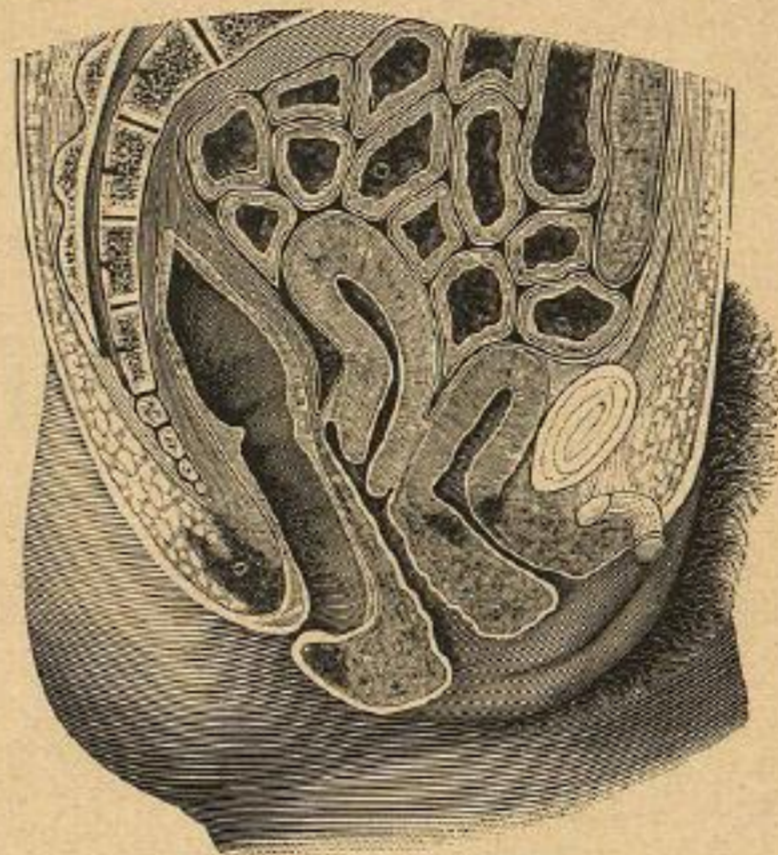


Fig. 336. — Rétroflexion du premier degré.

mouvement de bascule en arrière, de telle sorte que son axe se rapproche plus ou moins du vagin ou tend à s'en rapprocher.

De même que l'antéflexion, la rétroflexion présente deux degrés.

Angle obtus : rétroflexion du 1^{er} degré (fig. 336),

— aigu : — du 2^o degré (fig. 337).

Dans le dernier cas, le fond de l'utérus est au contact du rectum qu'il déprime plus ou moins; dans le second, il correspond à l'anus ou s'en rapproche, de telle sorte que les deux degrés de rétroflexion, suivant les rapports du fond de l'utérus, pourraient s'appeler :

1^{er} degré, rétroflexion utéro-rectale,
2^o — — — utéro-anale.

De même pour l'antéflexion on aurait :

1^{er} degré, antéflexion utéro-vésicale,
2^o — — — utéro-urétrale.

Contrairement à l'antéflexion, la rétroflexion n'est jamais un état physiologique, néanmoins, à côté des rétroflexions douloureuses, il en est qui ne sont

la source d'aucun trouble pathologique et dont les femmes n'éprouvent aucune espèce d'incommodité.

De telle sorte qu'au lieu des trois variétés qui existent pour l'antéflexion, nous n'en avons ici que deux :

La rétroflexion pathologique,
— indifférente.

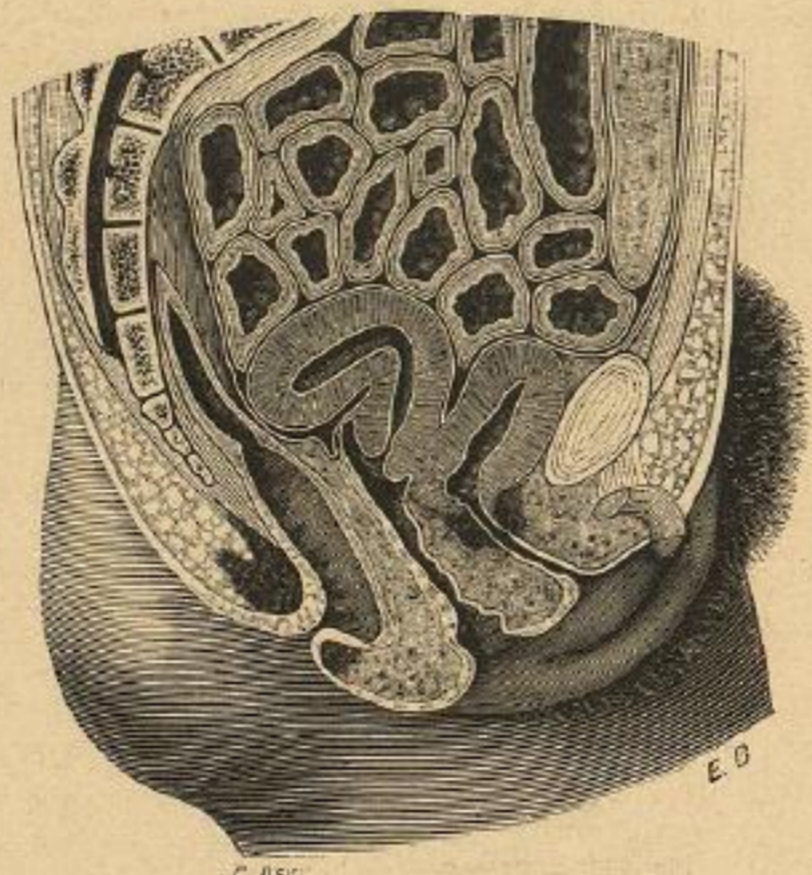


Fig. 337. — Rétroflexion du second degré.

La rétroflexion *indifférente*, ne causant aucun symptôme pathologique, sera accidentellement rencontrée à l'examen du système génital, alors par exemple qu'une femme vient consulter son médecin pour savoir si elle est enceinte; le doigt, déprimant le cul-de-sac postérieur du vagin, rencontre le corps de l'utérus et rend nettement compte de l'angle plus ou moins prononcé qu'il forme avec le col.

La rétroflexion *pathologique* s'accompagne le plus ordinairement de métrite, qui se manifeste par son cortège habituel de douleurs et de pertes. Ses symptômes propres sont :

Du côté du rectum : phénomènes de compression se traduisant par la difficulté des garde-robes, par des douleurs au niveau du sacrum, et quand la déviation est très prononcée par une pesanteur très pénible dans la région ano-périnéale.

Du côté de l'utérus, dysménorrhée quand la perméabilité du canal utérin est atteinte, stérilité pour la même raison.

Troubles réflexes de fréquence variable : névralgies lombo-abdominale, intercostale ou sciatique; affaiblissement musculaire des membres inférieurs; toux quinteuse (aphonie); dyspepsie et vomissements; asthme.

L'origine utérine de ces divers troubles serait difficile à affirmer, si on n'avait constaté leur disparition coïncidant exactement avec le redressement de l'utérus.

Comme pour toutes les déviations utérines, nous trouvons les rétroversions *mobiles* et *immobiles*, encore dénommées *réductibles* et *irréductibles*.

Parmi les réductibles il en est de *facilement* et de *difficilement* réductibles.

Trelat donnait à cette dernière variété le nom de *résistantes*, divisant ainsi les rétroflexions en *réductibles*, *résistantes* et *adhérentes*.

La rétroflexion a presque toujours une *origine puerpérale* : pendant le postpartum l'involution de la paroi antérieure étant trop lente ou celle de la paroi postérieure trop rapide, le corps de l'utérus se renverse en arrière, où il est maintenu par la pression intestinale (fig. 338).

Il est possible que le relâchement des ligaments ronds soit également un des facteurs pathogéniques, cependant il est probable que ce relâchement est dans les rétroflexions plutôt secondaire que primitif.

En dehors de la puerpéralité, les causes de la rétroflexion sont les inflammations du péritoine rétro-utérin (fig. 339 et 340), les adhérences qui en résultent attirant par leur rétraction le corps de l'utérus en arrière, et le maintenant ensuite dans cette position vicieuse.

Un fibrome implanté sur la face postérieure ou antérieure (fig. 341) de l'utérus peut entraîner la bascule du corps en arrière et produire ainsi la

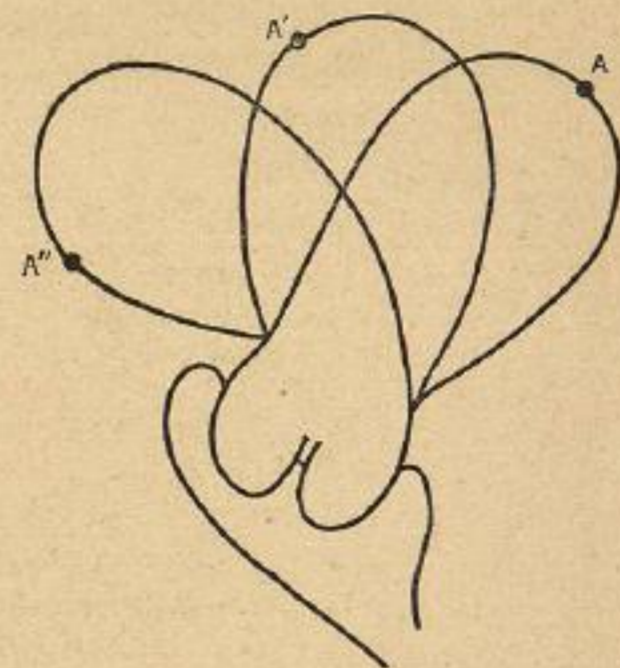


Fig. 338. — Involution puerpérale pathologique causant la rétroflexion.

A, A', A'' représentent le même point de la paroi utérine, se déplaçant à cause de l'involution vicieuse de la paroi.

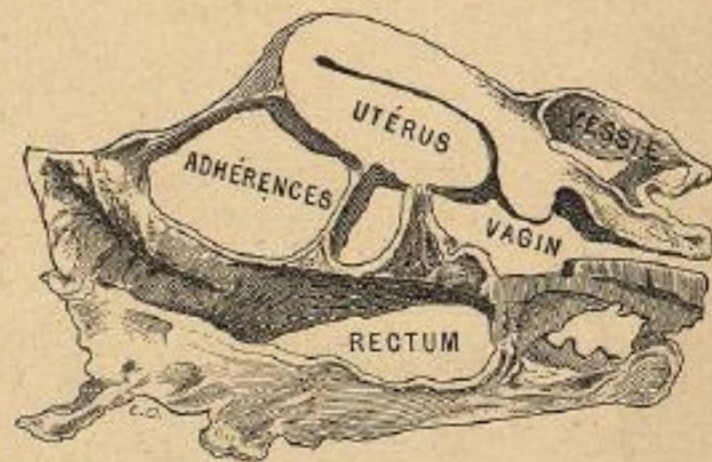


Fig. 339. — Adhérences péritonéales causes de rétroflexion (Winckel).

rétroflexion; certaines tumeurs abdominales comprimant la face antérieure

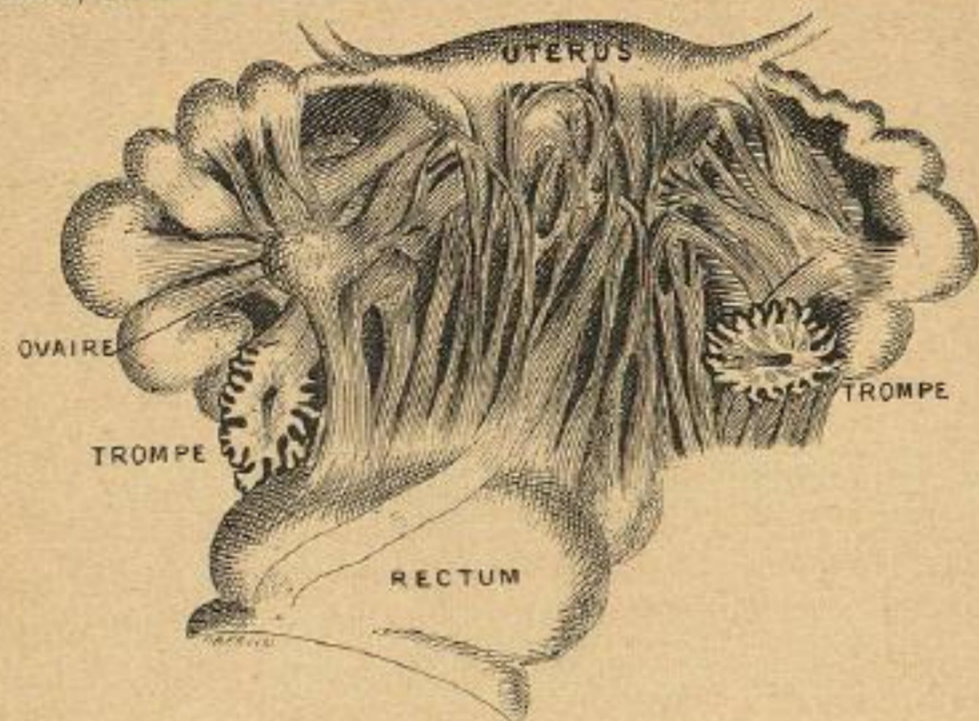


Fig. 340. — Adhérences génito-rectales (Kustner).

de la matrice peuvent aboutir au même résultat que celui indiqué par la figure 341.

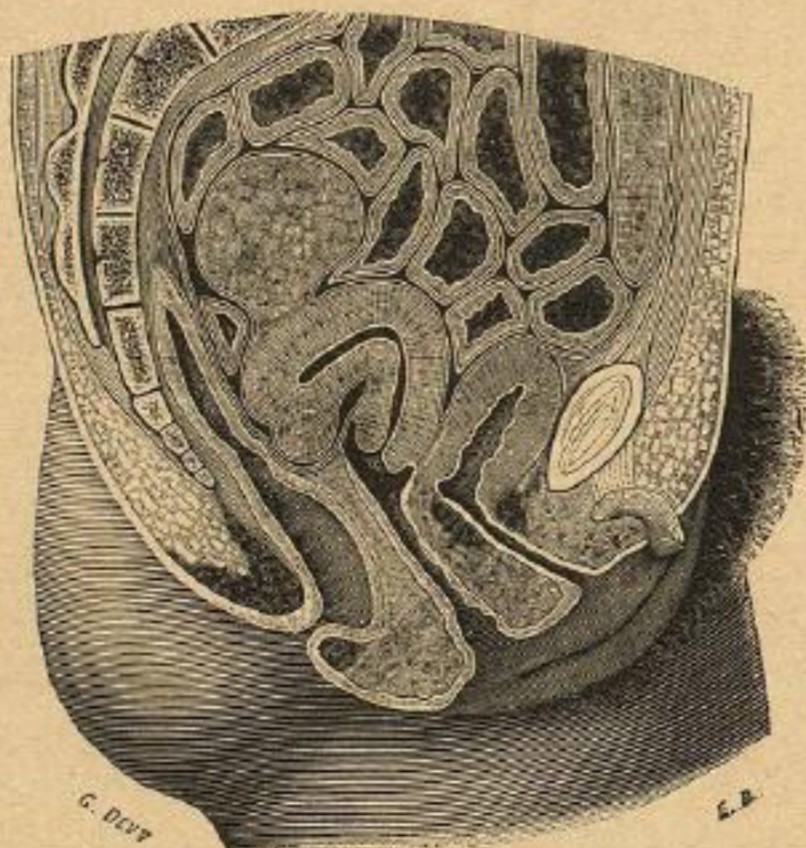


Fig. 341. — Rétroflexion causée par un fibrome inséré sur la paroi antérieure de l'utérus.

2. — VERSIONS

Dans la *flexion*, le col conserve sa position à peu près normale et le corps s'incline sur lui de manière à couder l'utérus.

Dans la *version*, le basculement atteint à la fois le corps et le col, de telle sorte que l'utérus, tout en conservant un canal rectiligne, se trouve dévié de sa situation normale.

La version est donc un renversement de l'utérus en totalité, tandis que la flexion est une inclinaison du corps sur le col; le mouvement de charnière se produit au niveau du museau de tanche dans le premier cas, et de l'isthme dans le second.

La note pathologique est, dans la flexion, donnée par la coudure du canal utérin, et dans la version par la perte de l'équilibre utérin avec intégrité de ce même canal.

L'utérus enlevé du corps de la femme resterait pathologique dans le premier cas, et au contraire normal dans le second.

Le nouvel élément, qui survient dans la version et qui n'existait pas dans la flexion, est la mobilité anormale du col jointe à celle du corps.

L'état pathologique est donc plus grave, la flexion étant une déviation minime, la version une déviation majeure.

Il existe encore une déviation plus sérieuse que les deux précédentes, et qui constitue leur summum pathologique, c'est le prolapsus utérin.

Dans la *flexion* en effet le corps seul est dévié, dans la *version* c'est le corps et le col; dans le *prolapsus*, corps, col et vagin sont atteints. Nous avons donc en considérant l'organe dévié de sa position normale :

- Flexion : corps utérin;
- Version : corps et col utérins;
- Prolapsus : corps, col, vagin.

C'est à tort que quelques auteurs confondent dans une description commune les versions et les flexions, car elles constituent des états pathologiques distincts.

Séparer d'autre part le prolapsus des états pathologiques précédents est également une faute, car il n'est qu'une version exagérée, modifiée, et à laquelle s'ajoute un élément nouveau, la déviation vaginale; la version en effet conduit au prolapsus, de même que la flexion aboutit parfois à la version.

La version peut se faire :

- Soit en avant : antéversion;
- Soit en arrière : rétroversion;
- Soit latéralement : latéroversion.

La latéroversion, comme la flexion de même ordre, étant exceptionnelle, je la laisserai de côté pour ne m'occuper que de l'antéversion et de la rétroversion.

a. — Antéversion.

L'utérus subit un mouvement de bascule, qui porte le corps en avant et le col en arrière.

Le corps se couche sur la vessie pendant que le col vient en arrière aplatis le rectum contre la concavité du sacrum (fig. 342).

L'angle droit, formé à l'état normal par l'union des axes utérin et vaginal, devient plus ou moins aigu suivant le degré de la déviation.

L'antéversion, contrairement à l'antéflexion, est toujours un état pathologique, et qui cause des troubles plus ou moins accentués.

Presque constamment elle est accompagnée de métrite ou d'une autre maladie concomitante, de telle sorte que les symptômes, dont elle est la source, se confondent plus ou moins avec ceux de cette maladie.

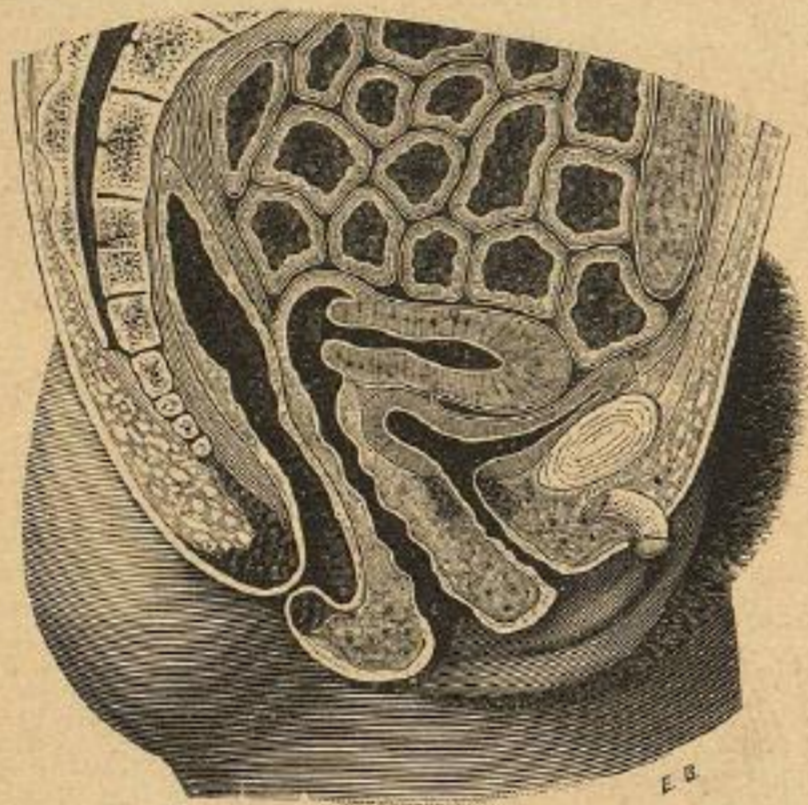


Fig. 342. — Antéversion.

Quelques auteurs, notamment *Schultze*, considèrent certains cas d'antéversion comme physiologiques, mais, à mon avis, l'état physiologique n'appartient qu'à l'antéflexion, car l'antéversion implique un état de relâchement des ligaments cervicaux incompatible avec l'état normal.

L'antéversion peut être :

Mobile ou réductible ;

Immoble ou irréductible.

Le premier cas appartient d'ordinaire à la métrite concomitante, ou encore aux tumeurs utérines (fibromes), tandis que le second s'observe avec les cellulites pelviennes, les pelvi-péritonites antérieures, les tumeurs périutérines immobilisant l'utérus en position vicieuse.

Les troubles qu'on observe dans l'antéversion sont *utérins, vésicaux, rectaux, éloignés*.

Utérins : ce sont les symptômes de la métrite concomitante, toutefois la stérilité peut être le fait exclusif de la déviation utérine.

Vésicaux : compression de la vessie, produisant du ténésme, ou amenant une véritable inflammation de la vessie.

Rectaux : compression du rectum, exagération de la constipation, difficulté des garde-robes.

Eloignés : névralgies diverses, gastralgies, amaigrissement.

L'antéversion résulte du relâchement de tout l'appareil ligamenteux de l'utérus, combiné à l'augmentation du poids de la matrice, de telle sorte que

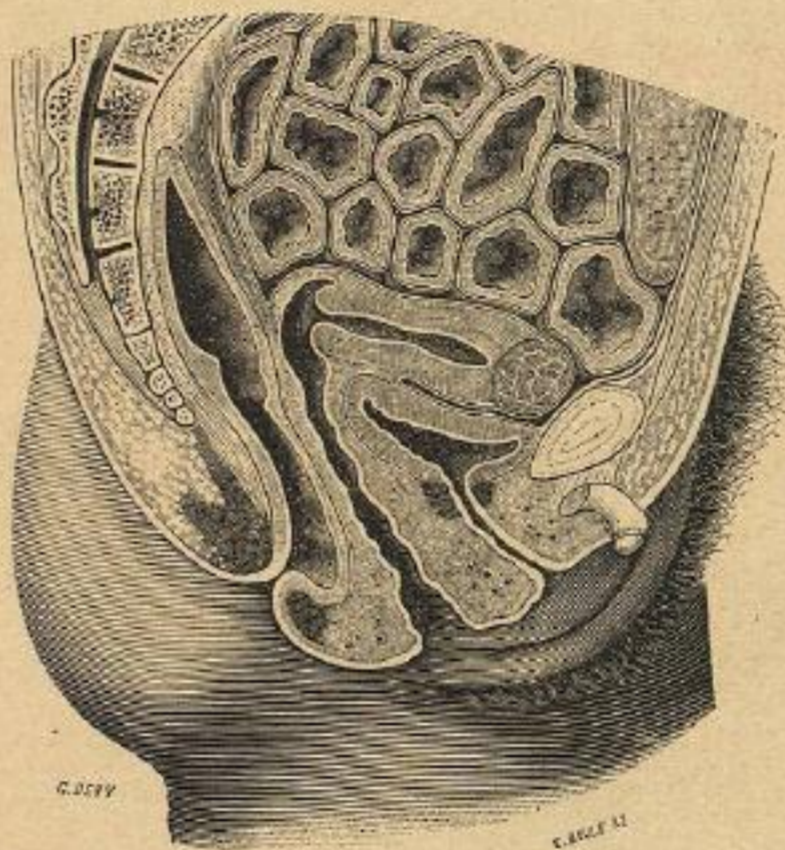


Fig. 343. — Antéversion causée par un fibrome du fond de l'utérus.

l'exagération de poids tendant à accentuer la bascule sous l'influence de la pesanteur, les ligaments ne sont plus susceptibles de la contre-balancer.

Ces deux conditions pathogéniques existent le plus souvent réunies à la suite de l'accouchement, alors qu'il y a subinvolution.

La présence d'un fibrome dans la paroi antérieure ou vers le fond de l'utérus (fig. 343), changeant les conditions de la statique utérine, peut aussi amener l'antéversion.

On a également invoqué la cellulite pelvienne, qui, par les brides cicatricielles qu'elle laisse, est susceptible de fixer l'organe dévié en antéversion.

Enfin les tumeurs de voisinage, telles que certains kystes de l'ovaire, amèneront, quand ils se développent en arrière de l'utérus, une antéversion de degré variable.

b. — Rétroversion.

L'utérus conservant sa configuration normale, le corps se porte en arrière, et vient se coucher dans la concavité sacrée; le col est dévié en sens contraire et comprime la vessie qu'il aplatit plus ou moins derrière le pubis (fig. 344).

L'axe du canal utérin se rapproche de celui du vagin, parfois ces deux axes se confondent l'un avec l'autre, ne formant plus qu'une seule et même ligne droite.

Si la rétroversion s'accroît davantage, l'union de ces divers axes forme un angle, dont l'ouverture regarde en bas et en arrière dans la direction du coccyx et de l'anus.

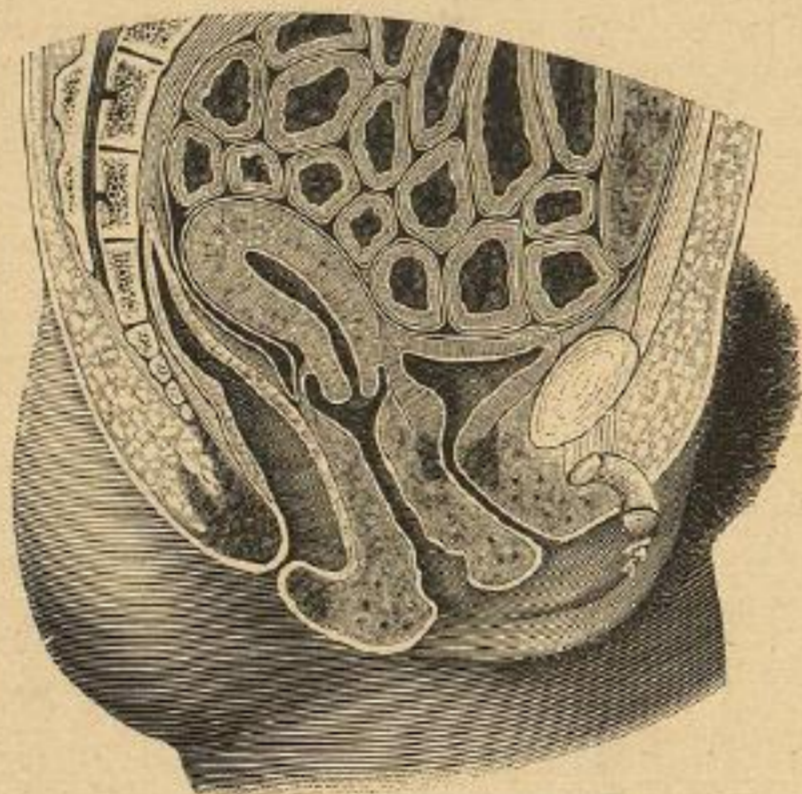


Fig. 344. — Rétroversion utérine.

Dans la rétroversion, le col utérin est non seulement dévié, mais il est abaissé, plus rapproché de la vulve qu'à l'état normal, de telle sorte que la longueur apparente du vagin est diminuée.

La rétroversion n'est d'ailleurs que la première étape du prolapsus, ainsi que nous le verrons à l'étude de ce dernier état pathologique.

La rétroversion s'accompagne habituellement de métrite et en présente, en pareil cas, les divers symptômes.

Ses symptômes propres sont :

Du côté du rectum : phénomènes de compression, avec difficulté des garde-robes; au moment de la défécation la femme éprouve une difficulté particulière à faire des efforts expulsifs, car ces efforts poussent l'utérus dans la direction du rectum et empêchent ainsi la progression des matières fécales;

de plus, ces efforts, comprimant l'utérus douloureux par lui-même, sont pénibles; aussi la plupart des femmes atteintes de cette déviation redoutent-elles les garde-robes, qui ne sont pas facilitées par l'administration d'un lavement. — Si la rétroversion est très accentuée, la pression de l'utérus se traduit par la pesanteur au niveau du périnée et une sorte de gêne continue dans le petit bassin.

Du côté de la vessie : ténésme vésical, parfois difficulté dans la miction quand l'urètre se trouve comprimé.

Troubles réflexes : analogues à ceux qu'on peut observer dans les autres déviations.

La rétroversion a pour cause habituelle l'accouchement; comme tous les ligaments utérins ont été relâchés par la grossesse, et que la femme est étendue sur le dos, l'utérus augmenté de poids a une tendance naturelle à s'incliner en arrière, dans la direction que lui imprime la pesanteur, aidée par la pression des intestins.

Si l'involution reste incomplète, et si les ligaments ne reprennent pas leur tonicité normale, la rétroversion d'abord passagère devient durable et se trouve ainsi définitivement constituée.

En dehors de la puerpéralité, la rétroversion comme la rétroflexion peut résulter de la présence d'un fibrome dans la paroi postérieure de l'utérus, d'une tumeur abdominale refoulant la matrice d'avant en arrière, d'une pelvi-péritonite dont les adhérences en se rétractant font basculer l'organe en arrière.

Dans ces différentes affections, si les ligaments du col résistent et empêchent sa déviation, la rétroflexion est constituée sans rétroversion.

La différence dans la pathogénie de ces deux déviations résulte donc de l'inégalité dans la résistance des ligaments, qui président à la statique cervicale.

Dans quelques cas exceptionnels la rétroversion a pu résulter d'un effort brusque, la pression de l'intestin produit alors une sorte de luxation de l'utérus, qui reste définitivement dans sa position vicieuse.

3. — PROLAPSUS

Quand l'utérus est placé au-dessous de sa situation normale¹, on dit qu'il y a prolapsus.

Ce prolapsus est une sorte de hernie de l'utérus à travers le canal vaginal, d'où le nom d'*utéro-cèle vaginale* qu'on lui a encore donné.

Il y a trois variétés de prolapsus :

- a. Le prolapsus utéro-vaginal;
- b. Le prolapsus vagino-utérin;
- c. Le pseudo-prolapsus.

¹ Cette situation normale a été définie page 323.

Variétés que nous ne comprendrons bien, ainsi que leurs dénominations, qu'après les avoir décrites en détail.

a. — Prolapsus utéro-vaginal.

Quand l'appareil ligamenteux de l'utérus est relâché, cet organe n'est plus maintenu en place, comme nous l'avons vu avec l'antéversion et avec la rétroversion.

Supposons une rétroversion constituée; la pression abdominale continuant à agir par l'intermédiaire de la masse intestinale, pousse l'utérus dans la direction indiquée par la flèche (fig. 345).

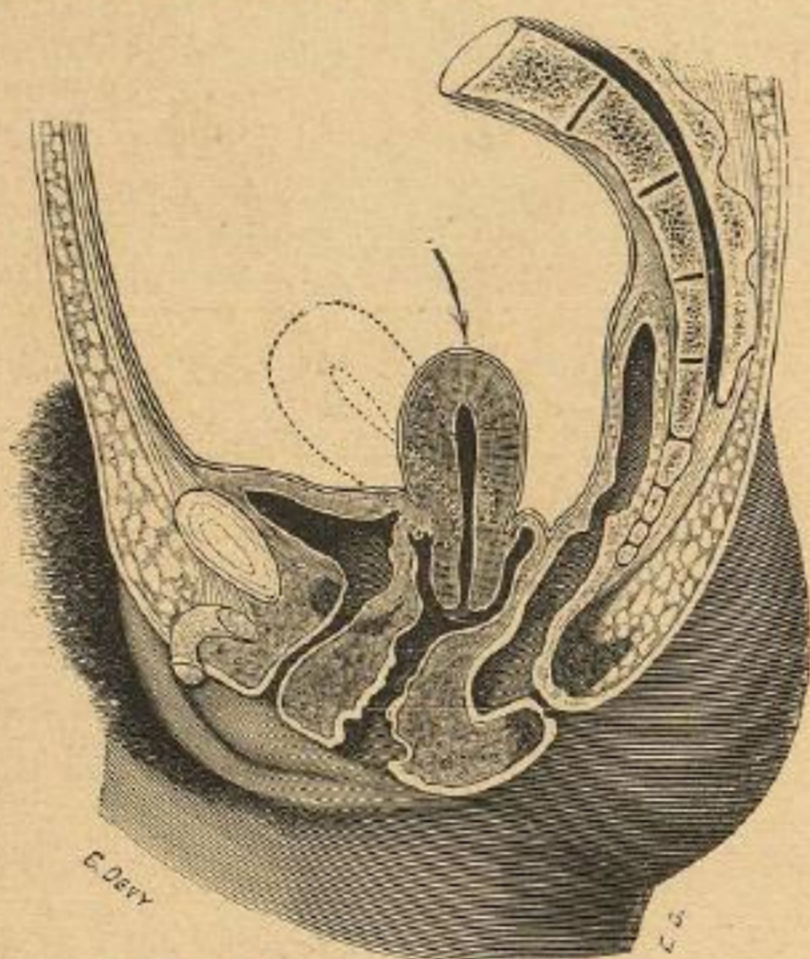


Fig. 345. — Prolapsus utéro-vaginal interne.
(La ligne pointillée indique l'utérus en position normale.)

L'action ligamenteuse s'affaiblissant de plus en plus, l'utérus descend vers la vulve, entraînant avec lui le vagin qui se replie sur lui-même.

Il y a donc successivement prolapsus de l'utérus d'abord, et du vagin ensuite, d'où le nom de *prolapsus utéro-vaginal* donné à cette variété.

Le prolapsus n'est donc dans cette variété pathogénique que la suite de la rétroversion.

La rétroversion constitue en quelque sorte le premier degré du prolapsus; elle n'existe d'ailleurs jamais sans un certain degré d'abaissement utérin.

Tant que le col n'a pas franchi la vulve, le prolapsus est *interne* (fig. 345), dès qu'il l'a franchie, il devient *externe* (fig. 346).

Le prolapsus externe n'est donc que la suite et l'exagération de l'interne; l'arrivée du col exactement au niveau de la vulve constitue la limite entre les deux variétés.

Dans le prolapsus utéro-vaginal, le relâchement ligamenteux de l'utérus constitue le processus initial, et c'est en particulier le relâchement des ligaments utéro-sacrés, et de la partie inférieure ou cervicale des ligaments larges qui favorise la chute utérine, ces deux ligaments étant des plus efficaces pour maintenir l'utérus en place.

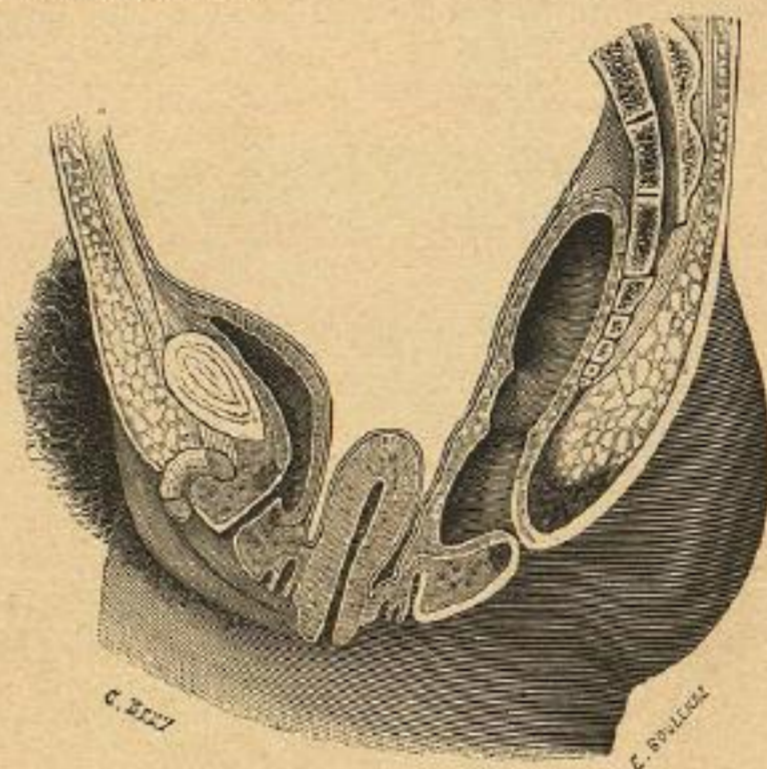


Fig. 346. — Prolapsus utéro-vaginal externe.

Dans la thérapeutique de cette affection il faudrait pouvoir restituer aux soutiens de l'utérus, c'est-à-dire aux ligaments utéro-sacrés, leur énergie perdue; malheureusement en pratique ce but est difficile, sinon impossible à atteindre.

L'utérus n'est pas hypertrophié, ou ne l'est que dans de faibles limites; point important à mettre en lumière à cause de la différence qui existe à cet égard entre cette première variété de prolapsus et les deux suivantes.

En général, il ne se produit pas de rectocèle ni de cystocèle, c'est-à-dire que ni la vessie, ni le rectum ne sont entraînés par le prolapsus utérin, ou, s'ils le sont, ce n'est que dans une faible étendue et à un degré très prononcé de la déviation.

C'est cette variété de prolapsus qu'on voit survenir à la suite d'un violent effort comme dans les observations suivantes:

Puech a mentionné le fait d'une jeune fille vierge de vingt ans, qui, en voulant soulever un pesant fardeau, éprouva une douleur déchirante dans le bas-ventre; à l'examen génital on trouva l'utérus qui arrivait à la vulve à travers l'hymen distendu.

Mundé a mentionné un fait analogue chez une vierge de dix-neuf ans.

Courtin a observé une femme de soixante-huit ans qui, après avoir soulevé un quartier de viande de boucherie, sentit quelque chose faire saillie au niveau des parties génitales; ce quelque chose n'était autre que l'utérus.

Tuffier a rapporté le cas d'une femme de trente ans qui, pendant un effort, éprouva une violente douleur dans le bas-ventre. L'inspection de la vulve révéla la présence d'une tumeur rougeâtre de la grosseur d'un œuf, qui n'était autre que l'utérus.

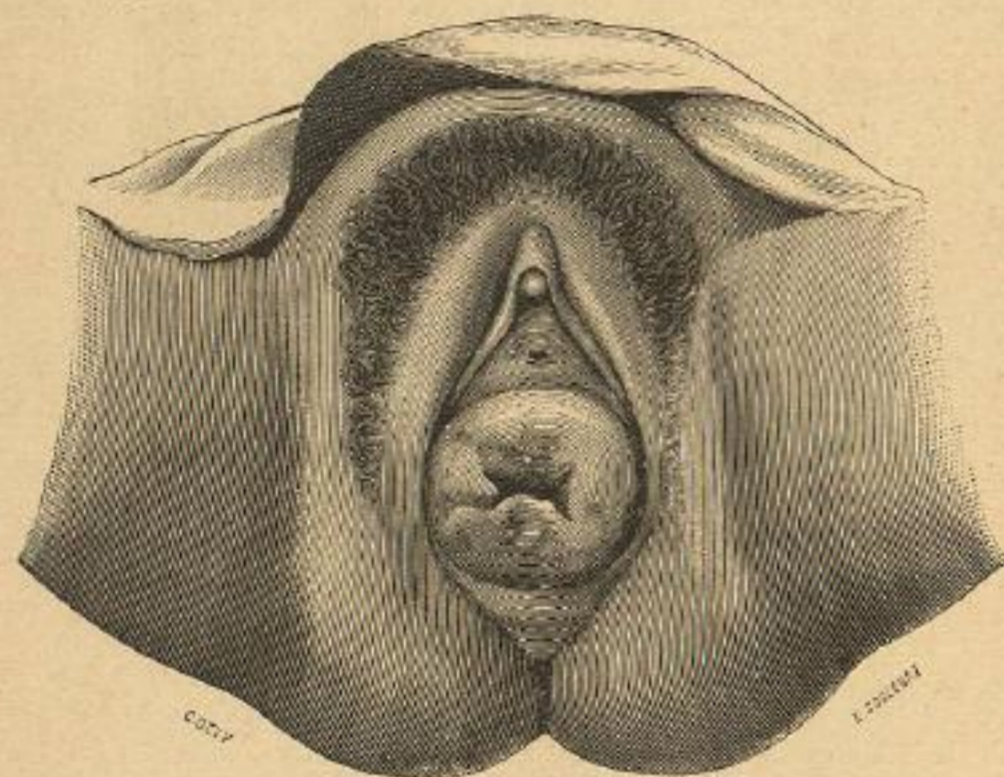


Fig. 347. — Prolapsus utéro-vaginal externe.
(Fig. 346, vue de face.)

*Vignard*¹ a mentionné un cas où le prolapsus s'était brusquement produit à la suite d'un effort, d'une façon analogue aux faits précédents.

b. — Prolapsus vagino-utérin.

La pathogénie est ici toute différente de celle observée dans la variété précédente.

Ce n'est plus l'affaiblissement de l'appareil ligamenteux utérin, qui est le point de départ de l'affection, mais bien l'affaiblissement du plancher pelvien.

A la suite d'un accouchement, qui a amené soit la déchirure plus ou moins étendue du périnée, soit l'affaiblissement du plancher pelvien par distension et éventration, éventration qui présente une certaine analogie avec celle de la paroi abdominale, la pression abdominale s'exerçant en avant sur la vessie et en arrière sur le rectum, dans la direction indiquée par les flèches

¹ *Archives de Tocologie*, 1889, p. 112.

de la figure 348, la vessie et le rectum coiffés de la paroi vaginale, viennent faire saillie à l'orifice vulvaire, constituant ainsi la cystocèle et la rectocèle.

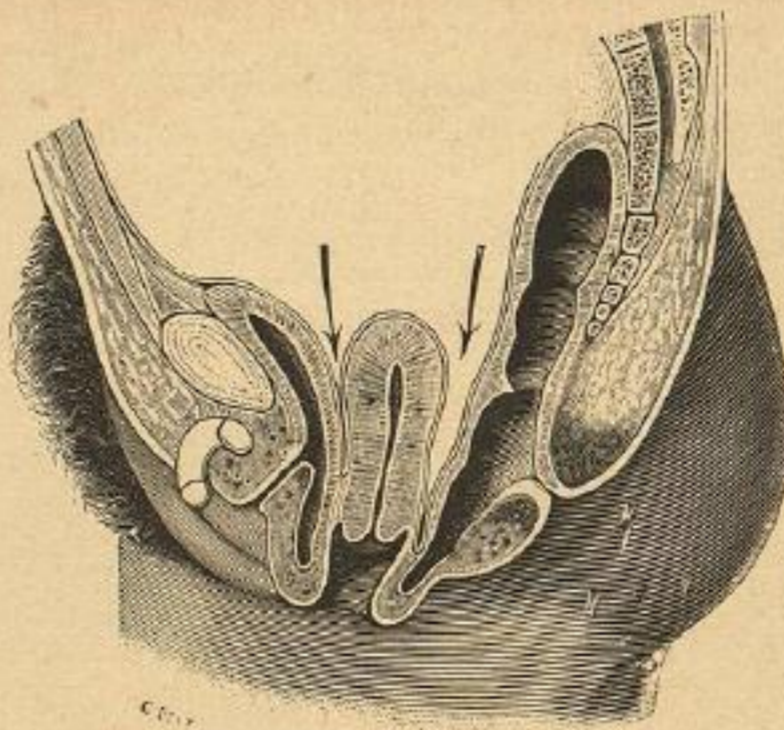


Fig. 348. — Prolapsus vagino-utérin.



Fig. 349. — Prolapsus du vagin.

Prolapsus de la paroi vaginale antérieure ou colpocèle antérieure.

Prolapsus de la paroi vaginale postérieure ou colpocèle postérieure.

Les colpocèles antérieure ou postérieure constituent le premier degré du prolapsus vagino-utérin; à mesure qu'elles s'accroissent, le vagin tire sur l'utérus et en amène l'abaissement en même temps que l'hypertrophie.

La cystocèle est en général beaucoup plus marquée que la rectocèle, car la vessie supporte plus directement le poids intestinal; la rectocèle peut même manquer pendant un certain temps au début.

Le vagin entraîné par la chute de la vessie et du rectum tire sur l'utérus, dont les ligaments encore puissants résistent.

Le col utérin ainsi tirailé en sens contraire, d'une part par le vagin, d'autre part, par ses ligaments, s'allonge et s'hypertrophie.

Aussi l'hypertrophie et l'allongement utérins sont-ils la conséquence inévitable de cette variété de prolapsus; il y a hypertrophie sus-vaginale de l'utérus.

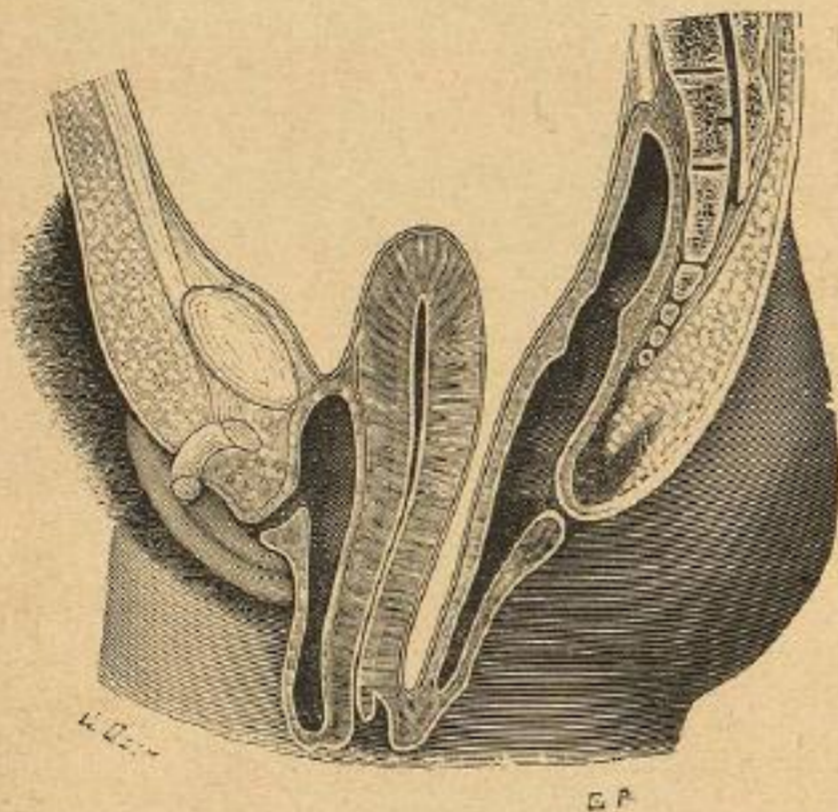


Fig. 350. — Prolapsus vagino-utérin avec hypertrophie sus-vaginale de l'utérus.

Le processus continuant, les cystocèle et rectocèle s'accroissent; l'hypertrophie augmente, les ligaments utérins fatigués dans leur lutte se relâchent, de telle sorte qu'à l'allongement utérin vient se joindre un certain degré d'abaissement, de prolapsus de l'utérus.

Supposons un degré encore plus avancé (fig. 350), les cystocèle et rectocèle deviennent considérables; l'utérus, hypertrophié et allongé, subit un abaissement notable, plutôt apparent il est vrai que réel, et qui suffit pour permettre au col de franchir dans une longueur variable l'orifice vulvaire.

Tant que le col n'a pas franchi l'orifice vulvaire, le prolapsus est dit interne, aussi cet orifice franchi il devient externe.

La caractéristique pathogénique de cette variété de prolapsus est donc l'insuffisance primordiale du plancher pelvien, tandis que dans la pre-

mière variété c'était au contraire le relâchement de l'appareil ligamenteux de l'utérus.

Nous disons prolapsus *vagino-utérin*, parce qu'il y a d'abord prolapsus du vagin et de l'utérus ensuite, tandis que c'était le contraire dans la première variété ou prolapsus *utéro-vaginal*.

Ici, par suite du tiraillement vaginal il y a allongement, hypertrophie de l'utérus, fait qui n'existait pas dans le premier cas.

Dans le *prolapsus vagino-utérin*, il y a toujours cystocèle et rectocèle, et



Fig. 351. — Prolapsus vagino-utérin externe.
(Fig. 350, vue de face) (Pozzi).

Fig. 352. — Utérus avec hypertrophie sus-vaginale, détaché (Barnes).

ces deux hernies vulvaires, surtout la cystocèle, constituent le début de l'affection.

Le *prolapsus vagino-utérin* pourrait encore s'appeler prolapsus par insuffisance du plancher pelvien, tandis que l'*utéro-vaginal* est constitué par l'insuffisance de l'appareil ligamenteux de l'utérus.

Il n'est ici question que des cas simples et typiques, car il arrive souvent, surtout à un degré avancé de l'affection, que ces deux variétés pathogéniques se mélangent plus ou moins, et que l'insuffisance du plancher pelvien amène rapidement celle des ligaments de l'utérus, ou réciproquement.

Dans la statique utérine toutes ces parties sont solidaires les unes des

autres, la faillite de l'une d'elles expose souvent à celle des autres, de ma-

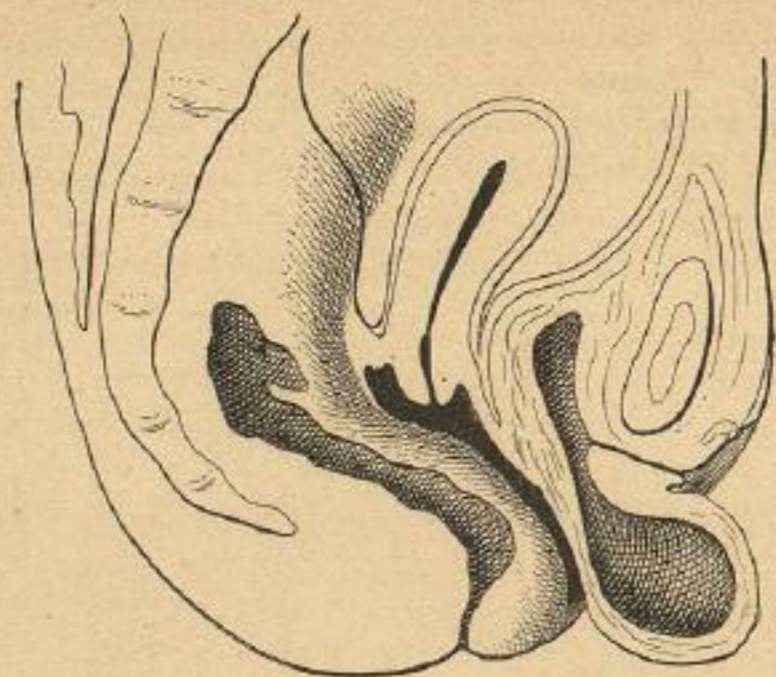


Fig. 353. — Prolapsus isolé de la paroi vaginale antérieure. Colpocèle antérieure avec cystocèle.

nière à amener une banqueroute générale de l'appareil de sustentation des organes génitaux.



Fig. 354. — Prolapsus isolé de la paroi vaginale postérieure. Colpocèle postérieure sans rectocèle (Nisot).

On peut ranger dans la catégorie du prolapsus vagino-utérin le prolapsus vaginal simple, où

tantôt la paroi vaginale postérieure (colpocèle postérieure)¹; tantôt la paroi vaginale antérieure (colpocèle antérieure) fait seule procidence, le prolapsus de la paroi vaginale s'est produit sans entraîner celui de l'utérus.

Souvent à un degré plus avancé de l'affection, l'autre paroi vaginale s'abaisse à son tour, puis l'utérus suit, de telle sorte que le prolapsus localisé au début ne tarde pas à se généraliser.

c. — Pseudo-prolapsus.

Dans le pseudo-prolapsus les choses se passent tout différemment, le corps de l'utérus reste dans sa position normale, le vagin ne subit aussi

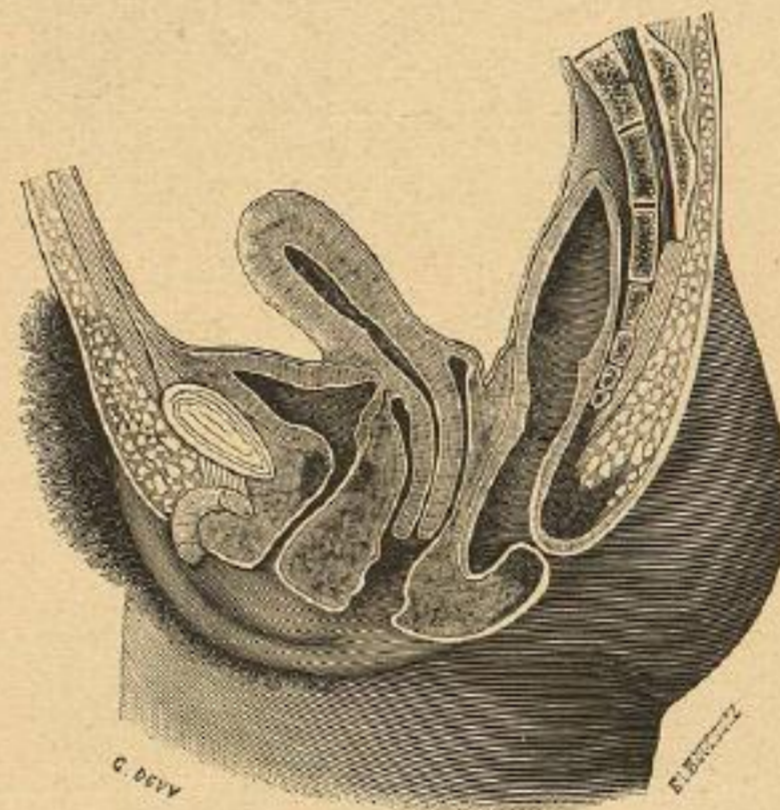


Fig. 355. — Hypertrophie intra-vaginale du col utérin (pseudo-prolapsus utérin).

aucun déplacement, c'est simplement le col de l'utérus qui s'hypertrophie dans sa *portion intra-vaginale* de telle sorte qu'il fait une saillie plus ou moins considérable dans le vagin (pseudo-prolapsus interne (fig. 355), puis à travers l'orifice vulvaire, pseudo-prolapsus externe (fig. 356).

Ce n'est plus, à proprement parler, un prolapsus, mais une simple *hypertrophie intra-vaginale du col utérin*, un *pseudo-prolapsus*, qui peut, à un examen superficiel, en imposer pour un véritable prolapsus avec hypertrophie sus-vaginale du col (prolapsus vagino-utérin de la deuxième variété).

¹ Nisot. *Bull. de la Soc. Ec'ge. de Gynec.*, 1892, n° 10, p. 171.

Mais il suffit de voir que le corps de l'utérus a conservé sa position nor-

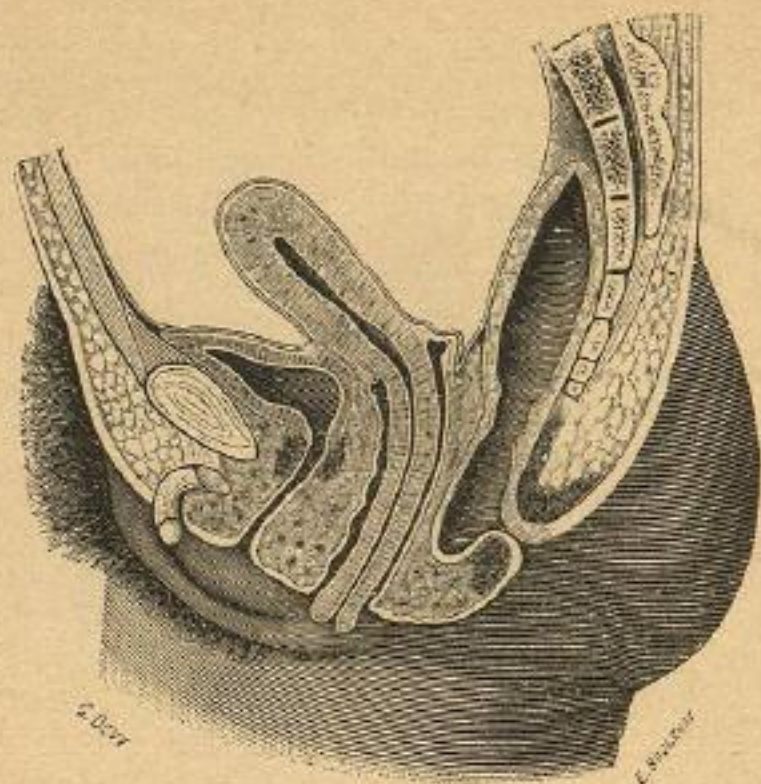


Fig. 356. — Hypertrophie intra-vaginale du col utérin (pseudo-prolapsus externe).

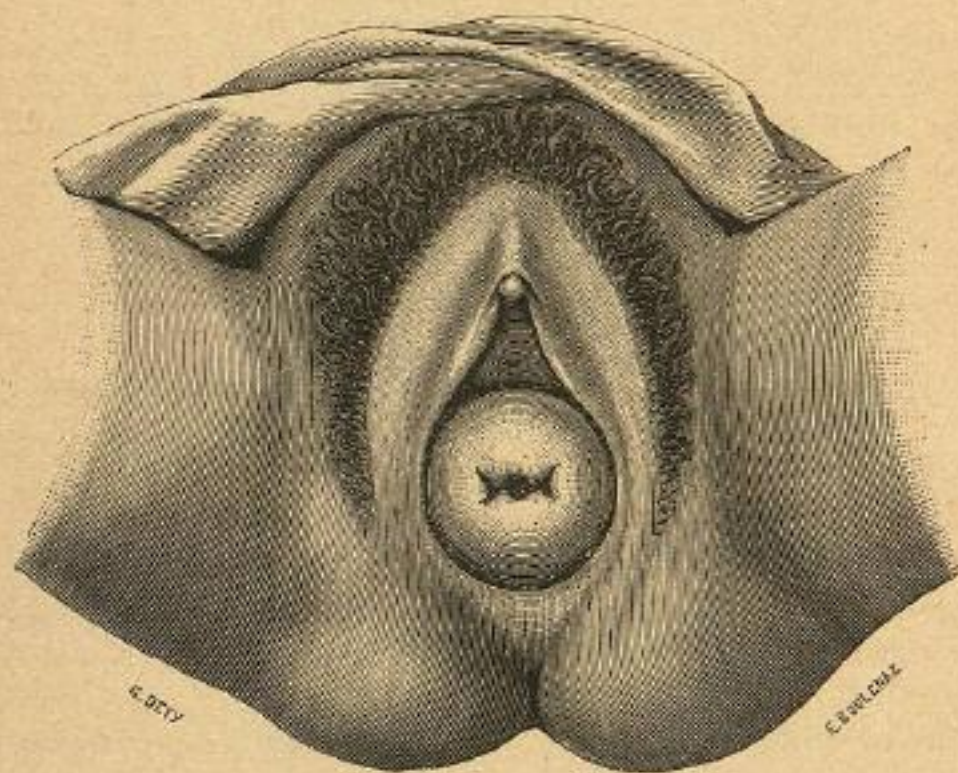


Fig. 357. — Pseudo-prolapsus externe. Hypertrophie intra-vaginale du col utérin. (Fig. 356, vue de face.)

male, et que le vagin n'a subi aucun changement dans sa situation, pour éviter la confusion.

SYMPTÔMES DU PROLAPSUS

Si le prolapsus est léger, *interne*, les symptômes diffèrent peu de ceux de la rétroversion; il y a seulement exagération de la pesanteur périnéale, et difficulté pour les efforts de la défécation; l'utérus pendant les efforts, en s'appliquant contre le rectum et l'anus, obstrue plus ou moins la terminaison du tube digestif.

Quand le prolapsus devient *externe*, outre la gêne constituée par la tumeur, la malade éprouve surtout des difficultés à uriner, elle est obligée de réduire sa tumeur pour rendre possible la miction; *elle urine avec la main*.

La menstruation ne présente le plus souvent aucun trouble sérieux.

La fécondation est possible, car le coït opère une réduction momentanée des organes déplacés.

La tumeur peut s'excorier, s'enflammer et devenir douloureuse.

Brusque est parfois le *début* du prolapsus, auquel cas il s'accompagne d'une douleur intense avec tendance syncopale; une péritonite peut en être la conséquence.

Les *symptômes physiques* seront décrits à propos du diagnostic.

ÉTIOLOGIE DU PROLAPSUS

Le prolapsus est exceptionnellement susceptible de se constituer brusquement à la suite d'un *violent effort*, la pathogénie est en pareil cas analogue à celle d'une hernie se produisant dans les mêmes circonstances.

On l'observe même chez les vierges dont le canal vaginal n'a subi aucune distension puerpérale ni conjugale.

Il y a une véritable luxation de l'utérus, dont les ligaments surdistendus ou rompus permettent à l'organe la sortie au dehors par la voie vaginale.

D'ordinaire le prolapsus se constitue d'une façon chronique et résulte de la puerpéralité, soit par la déchirure ou le relâchement du plancher pelvien, soit par l'affaiblissement des ligaments qui président à la statique utérine.

Le même accident peut se produire en dehors de la puerpéralité chez certaines femmes à tissus mous et obligées de se livrer à des travaux pénibles, nécessitant des efforts répétés.

Quant au *pseudo-prolapsus*, qui n'est autre que l'hypertrophie de la portion intra-vaginale du col, sa pathogénie est totalement différente; il résulte d'un travail hyperplasique, suite d'une inflammation chronique et interstitielle du col.