

néales, ou s'il survient des modifications dans la texture du tissu utérin au niveau du centre de flexion.

Le meilleur mode d'exploration pour reconnaître une déviation utérine est le suivant : coucher la femme horizontalement, les cuisses fléchies et écartées, la paroi abdominale libre de tout lien et dans le relâchement. Se placer vis-à-vis de la malade, entre ses jambes (Sims) ou, mieux, à son côté droit. Introduire dans le vagin l'indicateur droit ou gauche. Avec les doigts de l'autre main, déprimer l'hypogastre immédiatement au-dessus du pubis. On arrive ainsi, surtout chez les femmes maigres et à paroi abdominale dépressible, à saisir l'utérus entier entre les deux mains, à en apprécier le volume et en quelque sorte la forme. Dans les cas de rétrodéviation, le doigt vaginal et le doigt hypogastrique arrivent à se toucher à travers la paroi abdominale. D'ailleurs, le doigt vaginal, porté successivement dans les deux culs-de-sac vaginaux, sent nettement la soudure du corps sur le col et la continuité de ces deux parties. Pour diagnostiquer la rétroflexion, on pourra encore introduire l'indicateur dans le rectum, le pouce dans le vagin, et saisir la matrice entière entre les deux doigts. La sonde utérine serait également employée utilement.

Un autre déplacement de l'utérus est la *procidence*, appelée encore *chute*, *prolapsus*. L'utérus abandonne peu à peu la position qu'il occupe dans la cavité pelvienne ; il descend, sort de la vulve, attire avec lui le vagin et la vessie, et, si la procidence est complète, il finit par sortir entièrement de l'enceinte pelvienne. On trouve alors pendante, entre les cuisses de la femme, une masse volumineuse, ayant la forme d'un cône au sommet duquel est l'orifice utérin. A la base et en avant est l'orifice de l'urètre ; le canal lui-même présente une direction inverse de sa direction normale. La tumeur constitue, en définitive, une sorte de sac appendu à la vulve ; le vagin en forme les parois et la cavité est occupée par la matrice, dont on sent quelquefois le fond avec les doigts.

Il faut se garer de confondre la procidence de l'utérus avec les diverses hypertrophies du col, dont je parlerai plus loin, car elle peut exister sans trace d'hypertrophie du tissu utérin. Un polype fibreux engagé dans le col et faisant saillie hors de la vulve, une inversion utérine pourraient en imposer pour un prolapsus, mais il n'existe pas alors d'orifice au sommet de la tumeur.

La cause de la procidence réside, en grande partie, dans le relâchement des moyens ordinaires de fixité de la matrice, et je ne doute pas qu'elle tienne presque toujours à ce que les femmes ont marché trop tôt après leurs couches. Le vagin et la vulve n'ont pas retrouvé leur tonicité ; les ligaments, distendus par la grossesse, ne sont pas suffisamment revenus sur eux-mêmes, et l'utérus n'a pas encore repris son volume normal ; poids plus considérable et résistance moindre, tel est le mécanisme ordinaire de la procidence. Le prolapsus utérin se produit, en général, lentement. Il peut toutefois survenir brusquement : c'est alors une sorte de luxation de l'utérus, dont la réduction peut même présenter de réelles difficultés.

Les déviations utérines et le prolapsus ont donné lieu, dans ces derniers temps, à bon nombre d'opérations importantes pour lesquelles je renvoie le lecteur à mon *Traité de chirurgie clinique*.