

trérons-nous pas dans des explications plus étendues sur les prolapsus vaginaux complets.

Les valvules ou anneaux à surfaces lisses, à contours réguliers, se distinguent facilement des rétrécissements cicatriciels par les nodules de ceux-ci. La nature spasmodique de certaines saillies, le résultat du vaginisme, est facile à reconnaître. Le siège de prédilection à la partie inférieure du vagin ou au tiers supérieur est un caractère non moins essentiel que leur peu de valeur relative. Ces saillies, rétrécissements toujours circulaires, en diaphragmes, cèdent sous la pression et, une fois vaincus, ne réapparaissent guère. Tout autres sont les arrêts que nous décrivons à siège indéterminé, augmentant avec le degré d'engagement s'il s'agit d'anneaux bien prononcés d'emblée et contre lesquels vient buter une tête poussée avec un peu d'énergie. Ces arrêts disparaissent dès que, grâce à une pression régulière, la main déplisse la muqueuse et l'étale sous la partie engagée ; mais, il suffit d'un temps de repos pour qu'à la reprise de la contraction le repli muqueux se forme à nouveau, à moins que la tête plus engagée ne maintienne écartées les surfaces vaginales en prolapsus. Le point difficile est de distinguer ces valvules, ces anneaux de malformations congénitales analogues. Dans les deux cas, on note même siège de prédilection, même consistance, mêmes formes. Cependant les anomalies congénitales préexistent à l'accouchement et persistent après lui. En outre, si elles sont bien prononcées, elles exigent une intervention armée de ciseaux et instruments tranchants.

L'origine vaginale de l'obstacle est bien établie si le doigt perçoit au-dessus de la bride le col utérin effacé ou en voie d'effacement. Le diagnostic avec le cloisonnement transversal incomplet du col n'est guère à faire, étant donnée la rareté extrême de ce dernier, et ses connexions avec la matrice. En outre, le cloisonnement siège au-dessus de l'orifice cervical externe.

L'importance de ces replis est tout secondaire, puisque fort rarement il y a lieu d'intervenir. Dans quelques cas rares, il s'agit de larges anneaux, muqueux, refoulés par la partie fœtale. Très rarement, l'obstacle est assez grand pour ne pas être levé par le simple effet d'une contraction puissante poussant en avant les parties fœtales. L'essentiel est surtout de ne pas se laisser influencer par la présence de l'obstacle et de ne pas lui opposer un instrument tranchant. La dilatation manuelle est le traitement de choix ; sous cette pression les saillies s'effaceront ; au besoin les manœuvres manuelles seront répétées. Le bistouri ne ferait que créer une plaie vaginale, peut-être une amorce pour une rupture vaginale. Il convient donc d'être renseigné sur la nature des brides que nous signalons afin de savoir respecter le sage proverbe : *primum non nocere.*