Il est rare que la matrice demeure en antéflexion normale après enlèvement du pessaire. La plupart du temps, on ôte l'appareil parce que l'utérus est bien situé et que les symptômes sont dissipés; les femmes elles-mêmes le retirent ou le perdent, et, se sentant fort soulagées, considèrent comme inutile de s'adresser de nouveau au médecin.

Un contrôle minutieux pendant la durée de l'application et les premiers temps qui suivent l'enlèvement du pessaire, est impossible chez des malades qui appartiennent pour la plupart à la clientèle policlinique. Aussi ne peut-on compter plus de 15 % de guérisons définitives; et cependant les femmes se figurent être débarrassées de leur infirmité. Pour expliquer ce fait, il faut bien admettre que les malaises ne sont pas toujours créés par la déviation elle-même — quoique ce soit le cas quelquefois; — que les accidents sont bien plus souvent le résultat de troubles intercurrents qui ne guérissent qu'avec la réduction de la rétroflexion. Il est bien possible que lorsque le processus catarrhal et la congestion de l'utérus par stase sanguine ont cessé d'exister, celui-ci puisse fonctionner normalement, malgré sa flexion en arrière, jusqu'à ce que de nouveaux symptômes morbides nécessitent pour quelque temps la réapplication du support mécanique.

Dans la rétroflexion, on devrait toujours, à mon avis, examiner minutieusement la matrice et ses annexes, car les affections de ces dernières, la périmétrite, la salpingite, sont des contre-indications formelles du traitement orthopédique. Or il est si facile de ne pas s'apercevoir de l'existence de reliquats de ces phlogoses! — Il faudra traiter avant tout ces maladies. Ce n'est que si les symptômes persistent après leur guérison, qu'on instituera le traitement de la flexion, traitement au besoin orthopédique.

L'utérus est-il mobile et les accidents dépendent-ils de l'anomalie de conformation et de position de l'organe, le redressement et la fixation par un pessaire seront indiqués. Puis, lorsque les symptômes disparaîtront et que la matrice aura repris ses fonctions, sa consistance et son volume normaux, on aura soin de ne pas laisser

de Berlin. 1882. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* VIII, p. 102. — Enfin, Frankel, *Naturforscherwers.* 1886.

le support en place indéfiniment, mais de l'enlever, au contraire, et d'abandonner la malade ou plutôt la matrice à elle-même, de temps en temps, que la flexion soit guérie ou non.

Si les accidents ne reviennent plus, on cesse tout traitement; si le contraire a lieu, on replace le pessaire.

Lorsque la rétroflexion, même latente, semble être un obstacle à la conception, on réapplique également l'appareil, naturellement presque *experimenti causa*. Si la femme devient grosse, la reproduction de la déviation n'est plus à craindre après le quatrième mois : à ce moment on pourra retirer l'anneau. Si l'imprégnation n'a pas lieu, le pessaire pourra demeurer en place tant qu'il n'occasionnera pas d'accidents.

II. — DESCENTE ET PROLAPSUS DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

Le prolapsus des organes génitaux est ordinairement la conséquence de troubles survenus dans les rapports anatomiques des parties constituantes du plancher pelvien. Lorsque la fente étroite du vagin (fig. 48) se dilate et que les connexions solides unissant les diverses couches de ce plancher se relâchent, la fente devient un canal largement béant à paroi extensible. Les parois du canal s'invaginent, et les organes susjacents, privés de leur support naturel et obéissant aux lois de la pesanteur, tombent dans le conduit d'autant plus facilement que l'angle utéro-vaginal est plus obtus. Ce relâchement dans la connexion, si intime, pendant la jeunesse, des éléments du plancher pelvien, se produit le plus souvent sous l'influence de l'***accouchement.*** Voilà pourquoi la majorité des descentes et des prolapsus sont créés par le travail de la parturition. Il est rare que la procidence des parois du tractus génital soit le résultat d'***affections éloignées*** ou de ***néoplasmes.***

La grossesse fournit un notable contingent de causes de prolapsus, en provoquant le relâchement du plancher pelvien et en imprimant des modifications durables aux organes sexuels. La distension considérable ou les déchirures superficielles ou profondes des parties, au moment de l'accouchement; la tuméfaction énorme

BIBLIOTECA

des parois vaginales; l'augmentation de poids et de grosseur de l'utérus; les troubles de l'appareil d'occlusion du vagin, prennent une part active à la création de l'infirmité. Mais ce sont surtout les phénomènes qui accompagnent l'involution puerpérale, qui jouent un grand rôle, et principalement la résorption extrêmement rapide des masses de tissu adipeux développées entre les différentes couches du plancher pelvien. Que ce soit l'involution

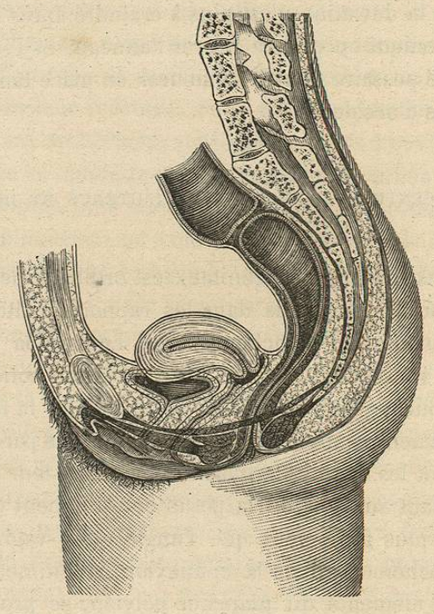

Fig. 48. — Le plancher pelvien.

même des organes génitaux ou une affection grave (le plus souvent de nature septique) consécutive à l'accouchement, ou encore le manque d'alimentation convenable pendant la période puerpérale, qui soient causes de ce phénomène, il est un fait certain, c'est que nous voyons le plus souvent la graisse disparaître complètement dans cette région. Si l'on a occasion d'y faire quelque opération, de sectionner, par exemple, le conduit génital, on tombe dans des espaces à mailles larges et vides. L'involution du

plancher pelvien, déjà fortement distendu par le travail, est entravée encore par la mise en jeu prématurée de la pression abdominale, inévitable chez les femmes qui manquent de soins et qui sont obligées non seulement de s'occuper de leur enfant, mais encore de contribuer à l'entretien des autres membres de leur famille. Souvent la constitution robuste de l'accouchée résiste pendant quelque temps à l'influence nocive, et ce n'est qu'après des grossesses répétées et un épuisement de toute l'économie par les privations, le travail, ou des maladies intercurrentes, que le cortège des accidents apparaît au grand complet.

D'autres fois il faut, pour que le relâchement et l'abaissement dégénèrent en prolapsus, l'intervention de ces modifications particulières de l'organisme qui se produisent à l'époque de la ménopause. Ces modifications, qui consistent dans la résorption du tissu graisseux et l'atrophie de l'appareil génital, peuvent, même en l'absence de tout accouchement antérieur et chez des personnes bien portantes, créer les conditions nécessaires pour amener par la suite le prolapsus des organes sexuels. La même influence appartient aux maladies consomptives; la tuberculose, le choléra, la dysenterie sont assez fréquemment compliquées de procidence du vagin.

Parmi les altérations des viscères pelviens qui prédisposent au prolapsus, je citerai simplement les anomalies de forme et de situation de l'utérus, les rétroflexions et les rétroversions, l'hypertrophie du col et celle du corps dans laquelle l'axe longitudinal de l'utérus augmenté de volume tombe dans le vagin et produit l'inversion de ce conduit. La rétroflexion peut évidemment être considérée plutôt comme une assurance contre les accidents, parce que l'utérus trouve un soutien dans le plancher refoulé du cul-de-sac de Douglas. Il faut précisément, dans ce cas, se rendre compte que la déviation en arrière de l'utérus n'est pas possible, sans que les parois abdominales aient perdu leur tonicité.

Enfin, comme causes de procidence incomplète, il convient d'indiquer les néoplasmes et surtout les kystes du vagin. Le prolapsus complet ne survient guère que sous l'influence d'une pression exercée de haut en bas par des tumeurs ou des collections liquides considérables de la cavité abdominale, ou encore sous l'influence

BIBLIOTECA

de néoplasmes qui attirent en bas le segment inférieur du canal utéro-vaginal.

A côté des cas dans lesquels les facteurs étiologiques sont évidents, on observe quelques faits isolés de prolapsus génital chez les vierges. Les parties procidentes ne présentent pour ainsi dire pas d'altérations; mais il existe un relâchement considérable du plancher du bassin et des parois du vagin. Il est probable que ce relâchement est dû, dans un grand nombre de cas, à des pratiques d'onanisme. Il en est d'autres où la cause prédisposante demeure inconnue, bien qu'on accuse parfois l'étroitesse du bassin et autres obstacles à la situation normale de la matrice.

Pathogénie. C'est par l'étude seule de la pathogénie détaillée

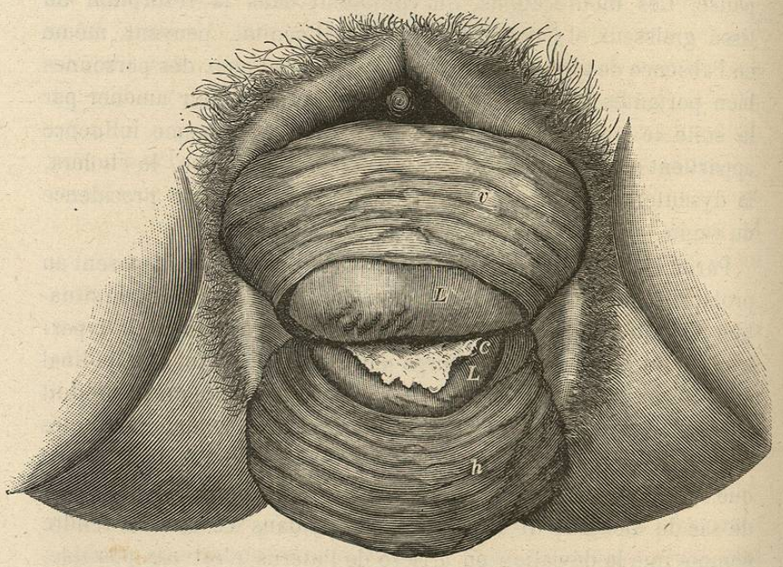

Fig. 49. — Prolapsus antérieur et postérieur du vagin. Prolapsus du col utérin.

v. Paroi vaginale antérieure. | *L.* Museau de tanche.
h. Paroi vaginale postérieure. | *c.* Muqueuse cervicale.

du prolapsus génital que nous pouvons nous rendre un compte précis de sa signification et de la possibilité de sa guérison.

Au stade de début, on voit pendre hors de la fente vulvaire, dont la commissure postérieure est remplacée ordinairement par une large cicatrice, des bourrelets irréguliers et bosselés du segment inférieur, du vagin ***(descensus vaginæ).*** A l'examen, on reconnaît que la tumeur située derrière le tubercule urétral hypertrophié est constituée par la paroi vaginale antérieure; sous-jacente à celle-ci se trouve la tumeur formée par la paroi postérieure. La procidence de bourrelets latéraux est rare; si elle existe, ces derniers font saillie sur les côtés et entre les deux parois antérieure et postérieure. Le vagin lui-même est oblitéré par la saillie de son segment inférieur proéminent, que le doigt est obligé d'écarter pour se frayer un passage vers l'utérus.

L'utérus est le plus souvent abaissé, et son fond occupe la courbure du sacrum. Il se trouve ainsi dans le prolongement de l'axe vaginal; et il importe fort peu que ce soit à la suite de la descente ou de la rétrodéviation du corps. Dans ces cas, il arrive parfois qu'il fasse saillie entre les deux bourrelets qui pendent au dehors du vagin.

C'est là le début de toutes les formes de prolapsus. Pour mieux approfondir la question, il est avantageux, avant de considérer la procidence dans ses diverses combinaisons, d'en étudier isolément les différentes variétés.

1. Le prolapsus le plus fréquent est celui de ***la moitié inférieure de la paroi vaginale antérieure (Prolapsus vaginæ anterioris).*** Chez les femmes qui ont accouché, le bourrelet urétral pénètre presque toujours dans l'orifice du vagin et fait saillie entre les lèvres de la vulve; à cette déformation s'associe la chute de toute cette portion de paroi antérieure qui subit l'influence du voisinage de la vessie. (Fig. 50.) Pendant la grossesse, la vessie rencontre naturellement de grands obstacles à sa distension; elle est obligée d'empiéter sur les régions latérales de l'utérus gravide, ce qui occasionne souvent la production de diverticules.

Après l'accouchement, l'entrave persiste de par la chute en avant du corps utérin. Si la vessie ne peut pas se dilater vers le haut, elle refoule dans le conduit vaginal toute la paroi antérieure du conduit lui-même, déjà prédisposée au prolapsus en raison du relâchement puerpéral. Pour peu alors que la pression

BIBLIOTECA

abdominale soit forcée d'entrer en jeu pour évacuer les urines, la vessie descendra vers le vagin. Voilà donc deux facteurs pour créer la chute et le prolapsus de la paroi vaginale antérieure : d'abord le relâchement et le tiraillement des tissus, en second lieu l'effort physiologique nécessité par la miction. Si leur influence persiste, le prolapsus atteindra un segment de plus en plus considérable, du moins lorsque le périnée, détruit au niveau de la commissure postérieure et de la partie supérieure de la cloi-

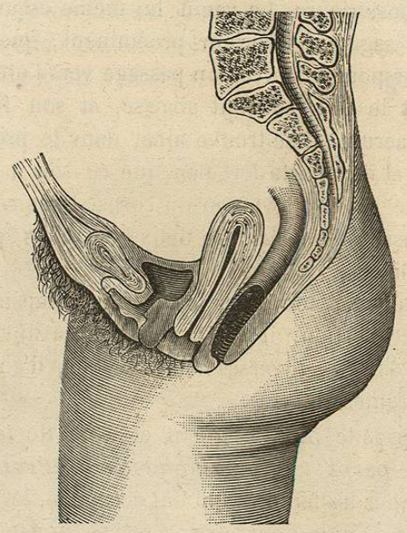

Fig. 50. — Descente du vagin et de l'utérus.

son recto-vaginale, n'offre plus le plan résistant indispensable au soutien de la paroi antérieure du vagin. A un stade plus avancé, toute cette paroi et le tubercule urétral peuvent sortir à peu près complètement hors de l'anneau vulvaire, de sorte que l'urètre se trouve absolument infléchi au niveau de l'orifice urétral interne, et qu'une grande portion de la vessie pénètre dans la poche formée par la paroi antérieure du vagin. La distension de cette dernière peut arriver au point que l'utérus vienne faire hernie au dehors de la fente vulvaire sous forme d'une tumeur plus

grosse que le poing et sans qu'il existe une altération appréciable de sa forme ou de sa situation. (Fig. 51.)

J'ai vu deux cas de prolapsus vaginal antérieur dus au développement, entre la paroi du vagin et la vessie, de kystes de la grosseur d'une orange. (Fig. 52.) Dans les deux cas, j'ai pu circonscrire

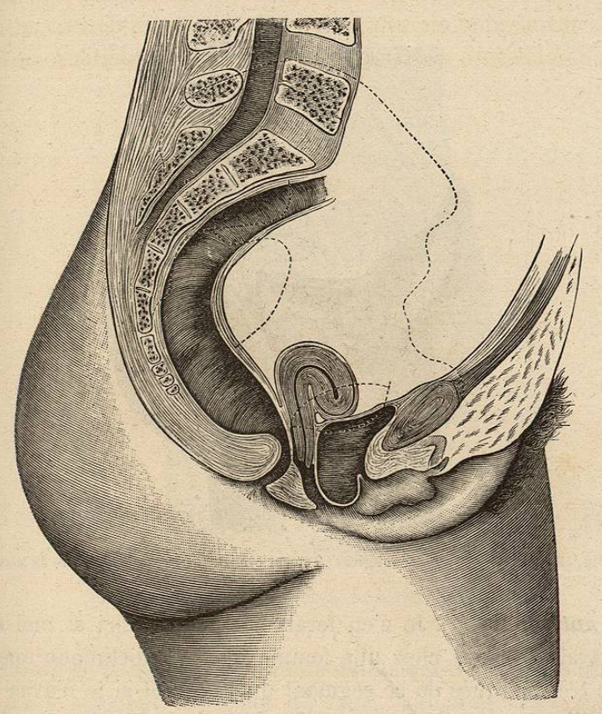

Fig. 51. — Prolapsus antérieur du vagin.

parfaitement la tumeur après dilatation du canal de l'urètre. La vessie occupait presque sa position normale; il en était de même de l'utérus. Mais le kyste fortement distendu, situé dans la cloison vésico-vaginale, avait refoulé au dehors de l'anneau vulvaire les deux tiers de la paroi antérieure du vagin.

2. Jusqu'à présent, on n'a encore trouvé à l'autopsie qu'un seul cas où le ***prolapsus intéressât uniquement le tiers supérieur***

BIBLIOTECA

de la paroi vaginale antérieure (1). (Fig. 53). Dans ce cas, une anse intestinale s'était insinuée entre l'utérus et la vessie et avait produit, par son action propulsive, la précipitation de ce tiers supérieur.

On a contesté longuement ce cas de ***prolapsus du tiers supérieur de la paroi vaginale antérieure avec entérocèle vagi-***

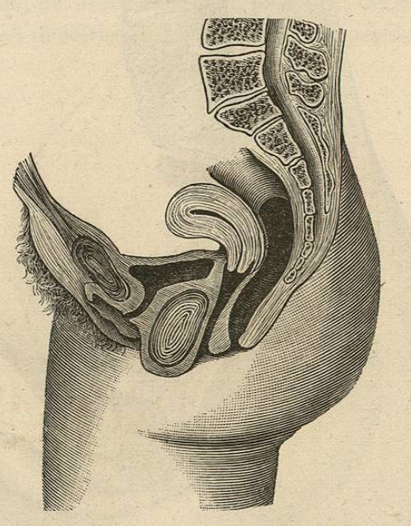

Fig. 52. — Prolapsus vaginal antérieur. Tumeur cystique de la paroi antérieure du vagin.

nale antérieure (2). Je n'en ferais pas mention ici si moi-même je n'avais observé chez une femme de ma policlinique une descente très marquée de ce segment du vagin, et si je n'avais occasion très souvent dans mes opérations de constater un relâchement des connexions vésico-cervicales tel, que je suis forcé de regarder comme très possible une procidence de ce genre.

3. Moins rare que la forme ci-dessus est le ***prolapsus de la paroi postérieure du vagin avec entérocèle vaginale postérieure,*** où toute la voûte vaginale postérieure constitue une grosse tumeur faisant saillie dans le canal. Cet accident a lieu sous l'in-

(1) E. Martin, *Monatschr. f. Geb.*, 28, 1866, p. 168.
(2) Bre'sky, *Krankh. d. Vag.*, 1866, p. 69.

fluence de la pression exercée sur le cul-de-sac postérieur par les anses intestinales accumulées dans le cul-de-sac de Douglas (fig. 54), sans que l'utérus ou la moitié inférieure du vagin se trouvent notablement déplacés.

J'ai même vu des tumeurs dont le volume était moitié de celui du poing, faire saillie hors de la vulve sans qu'il y eût chute

Fig. 53. — Prolapsus antérieur du vagin avec entérocèle.

appréciable de la matrice ; ces tumeurs étaient constituées uniquement par le segment supérieur du canal vaginal et représentaient par suite un ***prolapsus de la partie postérieure du vagin avec entérocèle vaginale postérieure.***

4. Les formes d'entérocèle postérieure les plus fréquentes sont assurément celles où la chute intéresse ***la moitié ou les deux tiers inférieurs de la paroi postérieure du vagin.*** Le plus souvent cela débute par l'inversion, au-dessus d'une cicatrice périnéale profonde, d'un bourrelet vaginal postérieur de la grosseur d'une prune, dans lequel proémine un diverticule de la paroi antérieure du rectum. (Fig. 55). Ces bourrelets peuvent se transformer

BIBLIOTECA

en tumeurs du volume du poing et recéler, par l'intermédiaire du diverticule intestinal, des quantités de gaz et de matières fécales. ***(Prolapsus de la paroi postérieure du vagin avec rectocèle.)***

Ces différentes variétés de procidences vaginales se combinent généralement entre elles, mais n'intéressent presque constamment que les parois antérieure et postérieure.

Fig. 54. — Prolapsus vaginal postérieur avec entérocèle.

Cela ne veut pas dire que les ***parois latérales*** aient des connexions plus solides avec le voisinage. Au contraire, les bourrelets qu'on trouve à leur surface prouvent qu'elles sont tout aussi prédisposées au prolapsus que leurs congénères; mais elles ne subissent pas autant que celles-ci l'influence propulsive des organes voisins qui font hernie dans le vagin. Si dans leur épaisseur il se produit des kystes ou des néoplasmes, elles peuvent, elles aussi, faire procidence, ainsi que j'ai eu occasion de le constater.

5. L'extrémité supérieure du tractus génital, ***l'utérus***, peut s'abaisser et tomber en prolapsus isolément ou en même temps que le vagin. Il est rare alors qu'il ne présente pas quelque altéra-

tion dans sa forme, sa consistance et son poids. Cependant on a rencontré des précipitations utéro-vaginales dans lesquelles l'organe gestateur n'était que peu modifié. Le prolapsus utérin est le plus souvent le résultat de l'élongation du col (fig. 56), que celle-ci atteigne la ***portion vaginale*** ou la portion appelée ***moyenne,*** c'est-à-dire le segment qui est limité par des perpendiculaires,

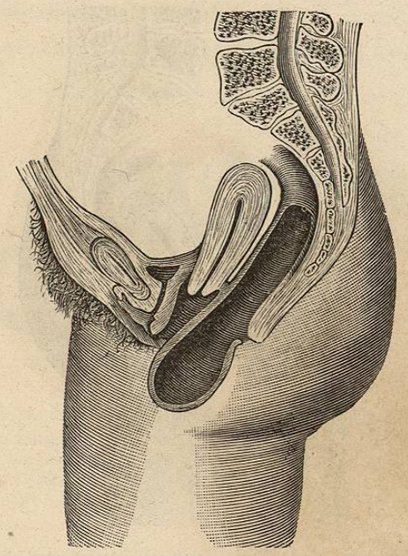

Fig. 55. — Prolapsus vaginal postérieur avec rectocèle.

partant des insertions des cul-de-sac antérieur et postérieur du vagin, et aboutissant à l'axe longitudinal du col (fig. 37). Il peut encore être consécutif à ***l'hypertrophie de la portion sus-vaginale.*** Ces sortes d'hypertrophies peuvent être primitives et avoir leur origine dans l'altération pathologique de la muqueuse et du parenchyme même du col; plus fréquemment elles sont secondaires et se développent sous l'influence de la traction exercée sur le col par la vessie et la paroi vaginale antérieure prolabées.

La plupart des élongations cervicales ***primitives*** ont leur source dans des affections de la muqueuse. La preuve en est four-

BIBLIOTECA