nie par les prolapsus aigus qui surviennent au moment de l'acmé du processus phlegmasique. J'ai observé deux cas de ce genre; l'un a trait à une jeune fille hystérique adonnée à la masturbation, l'autre à une paysanne mariée, de constitution très délicate et suspecte de tuberculose. Chez les deux, la vulve laissait émerger de plusieurs centimètres un corps violacé, analogue au gland,

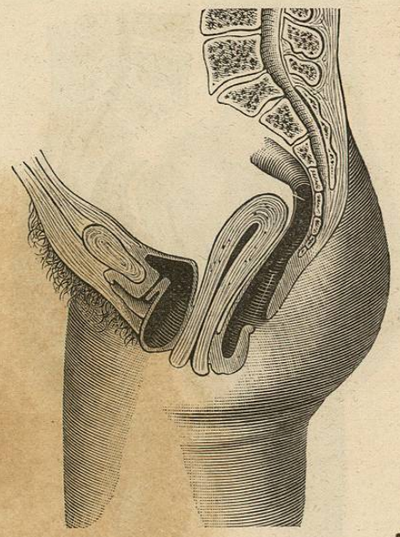

Fig. 56. — Prolapsus du vagin et de l'utérus allongé (uteri elongati).

présentant en son centre un orifice béant, d'où s'échappaient des flots de mucus peu épais, et dont la surface crevassée saignait au moindre contact. Dans un des cas, le sommet de la tumeur, longue environ de 3 centimètres, présentait un repli correspondant au museau de tanche considérablement dilaté. Au-dessus se trouvait le revêtement extérieur de la portion vaginale, fortement distendu, mais intact, absolument comme dans la figure 57. Dans le second cas, le repli était latéral et toute la surface de ce côté paraissait violemment enflammée (fig. 58). Dans le premier de ces cas, l'insertion de la voûte vaginale antérieure était située à 5 centimètres, dans l'autre à 6 centimètres environ au-dessus de la

pointe de cet organe péniforme. L'insertion vaginale postérieure se rencontrait un peu plus haut. Quant à l'utérus, il était hypertrophié en son entier et reposait profondément dans le bassin, le corps en antéversion. Le col mesurait dans l'un des cas un peu plus de 7 centimètres, dans l'autre il avait 8 centimètres et demi de long.

Ce n'est que rarement que l'on observe des faits de ce genre quand ils sont encore de date récente. J'ai vu, en même temps que la paysanne en question, une de ses parentes qui avait une hyper-

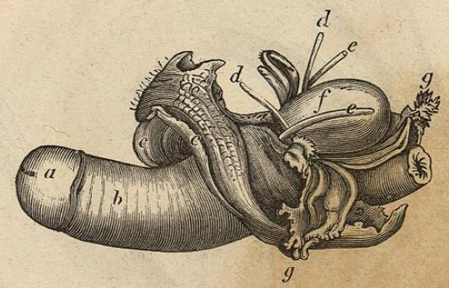

Fig. 57. — Prolapsus du col utérin allongé. D'après Froriep. Weimar, 1822. T. LXI.

a. Portion vaginale.
b. Vagin invrginé avec col hypertrophié.
c. Petite lèvre.
dd. Ligaments ronds.
ee. Uretères.
f. Vessie.
g. Pavillon de la trompe.

trophie considérable de la portion vaginale, accompagnée de sténose prononcée de tout le canal cervical, mais dont le col avait cependant conservé une forme extérieure normale. Ce dernier était descendu presque immédiatement derrière l'anneau vulvaire et mesurait 4 centimètres, de l'extrémité au niveau de l'insertion antérieure du vagin. Les phénomènes de phlogose avaient disparu depuis longtemps, lorsque cette femme, des plus timides, vint se faire examiner.

Le col allongé est, dans la plupart des cas d'abaissement et de prolapsus, fortement aminci, presque atrophié. Il est impossible de dire si l'élongation et en même temps l'atrophie sont le fait d'une régression consécutive à l'hyperplasie inflammatoire, ou celui des tractions pratiquées sur le col par la vessie et la voûte

vaginale antérieure. Cette dernière hypothèse est celle qu'on admet le plus généralement, et que j'invoque également pour les cas où le corps de l'utérus, fixé à quelque endroit du détroit supérieur, ne peut obéir à l'attraction de la vessie. Cependant cette immobilisation n'existe pas toujours. Et alors l'explication semble

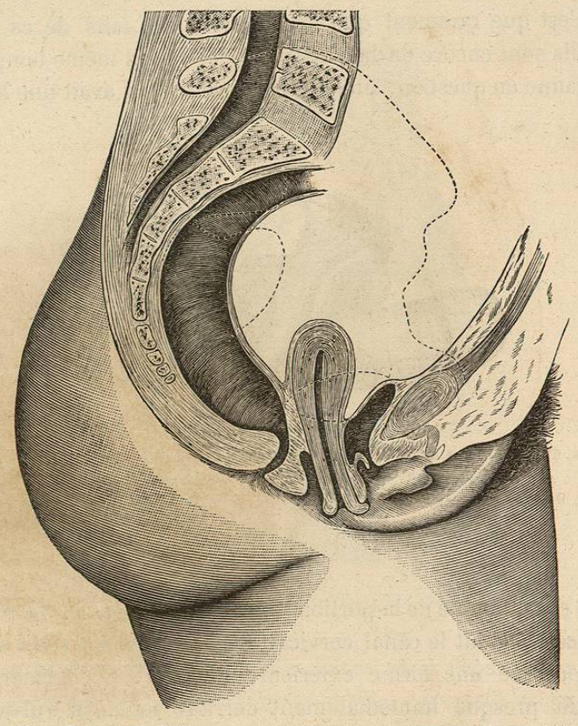

Fig. 58. — Descente de l'utérus avec élongation sus-vaginale du col. Eversio labiorum.

un peu compliquée, parce que, en fin de compte, l'effet attractif ne pourrait allonger que la portion du col soudée au réservoir vésical.

La traction opérée par la paroi vaginale antérieure entraîne parfois, dans ces cas, l'utérus tout entier, dont la forme ne souffre cependant aucune altération. La plupart du temps on constate, chez les femmes atteintes de cet accident, une destruction très étendue

du plancher pelvien (1); la cloison recto-vaginale est remplacée par une cicatrice périnéale profonde, et le relâchement du plancher du bassin est devenu considérable. Il arrive également alors que l'utérus tombe en prolapsus, complètement antéfléchi ou rétrofléchi, et se trouve finalement au sommet d'une tumeur procidente du

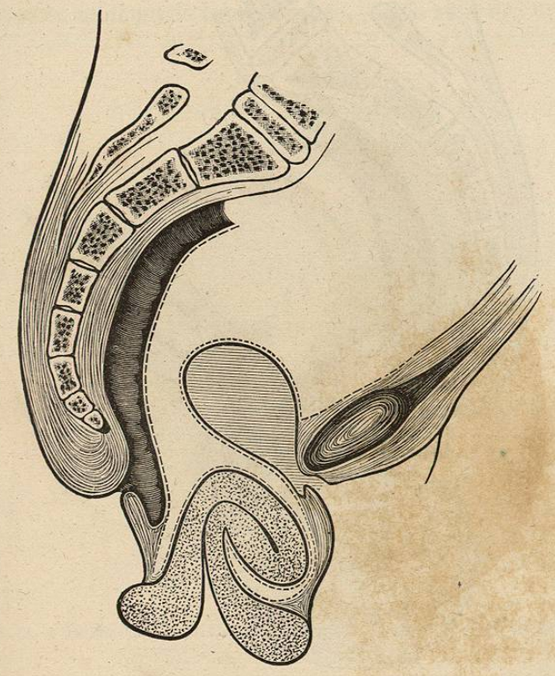

Fig. 59. — Prolapsus d'un utérus en antéflexion; ectropion du museau de tanche.
Freund, *Zur Path. u. Therap. der veralteten Inversion.* Breslau, 1870.

volume d'une tête d'enfant. Tantôt il a son incurvation normale, tantôt il est en forme de cor de postillon, et le fond est placé immédiatement au-devant du col, de façon que la vessie n'atteint plus qu'à peine le niveau de ce dernier. D'autres fois l'utérus présente toutes les nuances possibles de la rétroflexion.

(1) Voir Schatz, *Naturforscherversammlung*, Fribourg, 1883.

Le vagin entoure l'utérus comme un manchon. J'ai vu, dans ces cas, la masse herniée remplie d'une grande quantité d'anses intestinales. Les trompes elles-mêmes et les ovaires tombent dans la

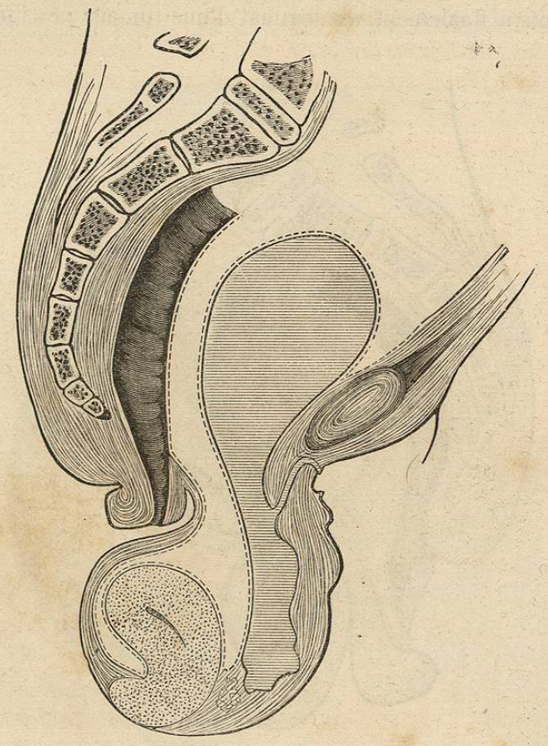

Fig. 60. — Prolapsus d'un utérus rétrofléchi (Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.* XIII, p. 271).

tumeur prolabée, qui contient d'une façon constante la vessie et le plus souvent aussi un diverticule considérable du rectum (1).

J'ai dit plus haut qu'il était relativement rare de rencontrer isolément les diverses formes de prolapsus. La majeure partie du temps, nous les observons combinées entre elles. La combinaison ***la plus fréquente est le prolapsus de la paroi antérieure du***

(1) V. Michelsen, *Centralbl. f. Gyn.*, 1882, p. 65.

vagin avec cystocèle, et la descente de l'utérus avec élongation du col. Puis vient ***le prolapsus de la paroi vaginale postérieure avec rectocèle.*** Plus rarement on observe isolément le prolapsus antérieur du vagin avec cystocèle, le prolapsus utérin avec chute de la voûte vaginale, le prolapsus vaginal postérieur. Ce dernier est encore relativement fréquent chez les vieilles femmes. Chez ces dernières, au moment de la ménopause, et à la suite de l'involution

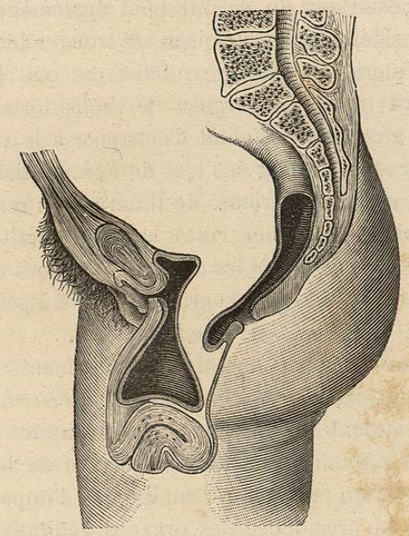

Fig. 61. — Inversion du vagin. Cystocèle. Rectocèle. Prolapsus de l'utérus rétrofléchi.

sénile des viscères pelviens, la descente de la paroi vaginale postérieure, jusque-là peu accentuée, augmente sous l'influence des accidents particuliers à cette époque de la vie féminine, je veux parler de la paresse intestinale, de la constipation et de la tympanite.

Dans ces cas, le périnée n'est pas toujours lésé; il présente cependant une flaccidité considérable qui le rend incapable de supporter la pression de la paroi du vagin.

Les ***rapports réciproques des parties*** peuvent devénir absolument extraordinaires. Il m'est arrivé de trouver la vessie non

au-devant, mais au-dessus de l'utérus volumineux et incurvé en forme de cor. Le doigt qui pratiquait le toucher rectal sentait parfaitement, par-dessus la matrice, la sonde introduite dans la vessie, et cela à travers un diverticule très extensible de la paroi antérieure de l'intestin, qui filait le long de la paroi antérieure de l'utérus (fig. 61).

Le péritoine suit plus ou moins les organes prolabés. Le plancher du cul-de-sac de *Douglas* pénètre dans le prolapsus jusque sous le bord postérieur du col; il peut également, dans le cas d'épaisseur considérable de la cloison, se trouver bien au-dessous de la voûte postérieure du vagin. Dans ces cas, les ligaments utéro-sacrés ont tantôt l'apparence de replis fortement tendus, tantôt ils sont atrophiés au point d'échapper à la vue et au toucher; j'ai observé ce dernier fait lors de l'extirpation d'un utérus procident. A la surface antérieure de l'utérus, on rencontre également des dispositions variables; tantôt la vessie paraît en connexion très étendue avec le col, tantôt les deux organes sont complètement séparés, de sorte que le réservoir urinaire arrive à peine en contact avec la matrice (V. *Fritsch*, *loc. citado*, p. 206).

Dans le prolapsus utérin complet, les ligaments larges et les trompes de Fallope participent à l'invagination. *Fritsch* fait ressortir, et je suis absolument de son avis, que la limite des tractions possibles sur le péritoine se trouve au niveau de la ligne innominée. Cette assertion peut avoir d'autant plus d'importance, qu'on a voulu rendre la procidence des organes génitaux responsable des tiraillements péritonéaux qui se produisent au niveau du rein. Cette procidence ne peut être cause du développement du rein flottant, parce que ces deux lésions ne sont pas nécessairement concomitantes et ont au contraire une existence individuelle propre; enfin parce qu'au cas même où les deux états pathologiques coïncideraient, l'ectopie rénale précède de beaucoup le prolapsus sexuel.

La résorption du pannicule graisseux, les tiraillements et les déplacements des différentes parties, n'ont ni règles ni limites; la muqueuse seule de la portion prolabée se trouve modifiée d'une manière uniforme. Grâce à son épithélium pavimenteux et à sa pauvreté en éléments glandulaires, la muqueuse vaginale se

dessèche très rapidement, même chez les personnes jeunes encore, et prend un caractère tout à fait épidermoïdal. La muqueuse des lèvres du museau de tanche, elle-même, se dessèche sous l'influence de l'air; la portion de muqueuse, qui fait hernie au-dehors de l'orifice béant du col, perd son épithélium cylindrique et subit également la cutisation. Cette métamorphose est relativement très fréquente; mais il est des cas où elle ne s'accomplit que consécutivement à un travail inflammatoire provoqué par le contact de l'air, des habits, de la boue, de la poussière, de l'urine et des sécrétions sudorales. Pendant cette période phlegmasique aiguë, il se développe quelquefois des ulcérations profondes de la portion prolabée. Ces ulcérations ont des bords taillés à pic, tantôt réguliers, tantôt dentelés, qui circonscrivent des îlots de superficie très variable. La surface ulcérée elle-même est recouverte de bourgeons atones; elle est souvent profondément infiltrée, saigne au moindre contact, et sécrète une sérosité visqueuse qui produit l'accollement de l'ulcère aux linges ou à la région cutanée touchée par hasard. Chez les femmes malpropres, les ulcères sont recouverts de croûtes puantes. Au bout d'un long temps elles peuvent guérir spontanément; les cicatrices qui en résultent déforment considérablement la masse prolabée. Quelque opiniâtres que puissent être ces lésions, quelle que soit la ressemblance que leur donne leur aspect ichoreux et saignant avec des productions de nature maligne, il est rare de voir les organes procidents devenir le siège d'affections ayant un caractère de malignité.

On a même admis jadis l'existence d'une véritable immunité, ce qui n'est pas; car, pour ma part, j'ai observé deux fois un carcinome des parties herniées. Mais en tous cas, ces faits sont rares (1).

En général, le développement du prolapsus est graduel. J'en ai cependant vu deux cas aigus. Le premier concerne une accouchée, soi-disant bien portante auparavant, qui, atteinte de catarrhe intestinal, eut, au septième jour de ses couches, une syncope à la suite d'une évacuation alvine très douloureuse. Appelé aussitôt, je trouvai la femme dans un collapsus profond et constatai une procidence de

(1) V. Fritsch, *loc. cit.*, p. 212.

BIBLIOTECA

l'utérus et, au-dessus de ce dernier, un épanchement sanguin intra-ligamenteux et extra-péritonéal. Je réduisis l'organe prolabé, ordonnai le repos au lit et pus suivre, pas à pas, la résorption de l'hématome. Lorsque la malade se leva, la lésion utérine se reproduisit.

Le second cas est celui d'une femme chez laquelle j'étais intervenu pour un avortement, et qui avait recouvré une parfaite santé. Six mois après, en portant une très grosse charge, elle fut atteinte, au milieu de vives souffrances, d'un prolapsus complet de la matrice avec inversion du vagin. Chez elle également, je pus constater, huit jours après, l'existence d'une collection sanguine qui se résorba, pendant que le prolapsus se maintint et ne fut guéri que par la colporrhaphie. Cette femme mourut au bout d'un an d'une carcinose généralisée. — *Fritsch* (*loco citado*) cite des faits analogues.

A un stade plus avancé du prolapsus, la guérison spontanée, c'est-à-dire la restauration des conditions anatomiques du plancher pelvien, n'est apparemment plus possible. Au début l'abaissement, la chute de l'utérus sont encore curables, soit spontanément, soit avec le secours de l'art, ou du moins l'on peut encore mettre obstacle au développement ultérieur de la lésion. — Mais lorsque la partie prolabée proémine hors du vagin, il ne peut plus être question de spontanéité dans la réduction. La disparition momentanée a lieu parfois dans les derniers mois de la grossesse, dans les cas de tumeurs utérines ou ovariques, en connexion intime avec la matrice. Dans les cas favorables il se produit un arrêt dans le développement de la lésion ; bien plus souvent, la procidence fait graduellement des progrès et aboutit bientôt à la précipitation des parties. Cette dernière, stade extrême de l'infirmité, peut être empêchée par les adhérences pelviennes que l'utérus a pu contracter et qui le retiennent ainsi dans le bassin. L'involution sénile, qui a d'habitude une influence si favorable sur les affections sexuelles, produit ici des effets opposés. En effet, en provoquant ***la résorption du tissu adipeux*** et le ***relâchement des liens qui unissent*** entre elles les différentes ***couches du plancher périnéal,*** elle aide d'une manière certaine au développement ultérieur du prolapsus.

Lorsque le ***prolapsus se complique de grossesse,*** le danger n'est pas si grand que le ferait croire à première vue une lésion de ce genre. Car ordinairement le corps utérin, situé dans le petit bassin, empiète, pour se développer, sur l'excavation du grand bassin et entraîne à sa suite le col et le vagin prolabés; de sorte que les femmes ne se sont jamais senties mieux de leur vie que dans les derniers mois de la gravidité. Certes leur espoir d'être à jamais débarrassées de leur infirmité est chimérique le plus souvent, car, malgré toutes les précautions, l'utérus et le vagin apparaîtront de nouveau tôt ou tard, pendant l'état puerpéral, à l'orifice vulvaire. La non-ascension de l'utérus gravide est rare; dans ces cas, les adhérences contractées par la matrice avec le pelvis donnent lieu à des symptômes graves d'incarcération, ou bien, lorsqu'il y a précipitation absolue, il se crée cette monstruosité particulière dans laquelle on voit, couché entre les jambes de la femme, l'utérus fortement distendu et faisant suite au vagin inversé et énormément allongé. Dans ces cas, l'expulsion de l'œuf incombe à la tunique musculaire seule de l'organe, ce qui nécessite très souvent le secours de l'art. Les cicatrices du col ne sont pas d'ordinaire un obstacle à l'accouchement, ainsi qu'on pourrait le craindre. Si dans le cours de la grossesse, l'utérus prolabé remonte dans le vagin, ces cicatrices se relâchent profondément. Ce n'est que lorsque le col demeure au dehors que la parturition trouvera quelques difficultés. Les parois cervicales parsemées de cicatrices, desséchées, cutisées, opposeront une résistance très énergique au passage de la tête, résistance qui ne pourra être vaincue qu'aux dépens de la continuité de ce canal rigide et inextensible. Mais, même dans ces conditions, et je parle d'après mon expérience personnelle, une intervention appropriée pourra éloigner tout danger sérieux.

Les symptômes du prolapsus consistent, tout d'abord, en une sensation de béance du conduit génital; il semble aux femmes que leurs viscères vont tomber à leurs pieds; cette sensation crée une sorte d'hésitation dans la station et dans la marche. En même temps les fonctions de la vessie et du rectum se trouvent considérablement entravées au début. Ces malaises disparaissent d'une façon presque complète pendant le décubitus et la position assise, de sorte que les femmes se figurent très souvent que le manque

BIBLIOTECA

de soins est l'unique source de leurs maux, et ne pensent par conséquent pas à s'adresser à un médecin.

Au fur et à mesure que le prolapsus augmente, les souffrances deviennent plus vives; il s'y associe une sensation de dépression des forces et ce sentiment, si pénible pour l'épouse, de l'inaptitude sexuelle présente ou future. Nous pouvons juger de la violence des souffrances par les plaintes des malheureuses qui demandent aide, non là où elles devraient le faire, mais à des matrones ou à des bandagistes, et surtout par le récit de celles qui ont eu le bonheur de guérir radicalement de leur infirmité. C'est chez ces dernières que j'ai toujours rencontré le plus de reconnaissance.

A côté des femmes que ces lésions rendent inaptes à toute occupation, à tout travail, il en est d'autres qui supportent leurs maux et n'interrompent pour ainsi dire point leurs affaires. J'en ai vu peu cependant qui n'aient pas cherché de remède à leur infirmité; et celles-là sont des femmes résolues, qui gagnent péniblement leur pain et se soulagent elles-mêmes à l'aide de bandages et de tuteurs dignes de l'imagination féminine. Enfin il n'est pas rare de trouver des personnes atteintes de ces sortes de prolapsus et devenues impropres à toute occupation, incapables de faire le moindre mouvement, chez lesquelles les fonctions de nutrition s'altèrent et qui arrivent à un tel degré de prostration physique et intellectuelle, qu'elles sont à charge aux leurs et à elles-mêmes.

Le ***diagnostic*** ne présente habituellement pas de difficultés, non seulement pour établir les caractères généraux de la descente ou ***du prolapsus utéro-vaginal,*** mais encore pour déterminer les rapports réciproques des organes abaissés ou procidents. Je fais prendre aux malades le décubitus dorsal, en les priant de pousser pendant que je mets à découvert les parties pour me rendre un compte exact de l'état des choses. Il arrive quelquefois que, de peur de provoquer une évacuation d'urine ou de matières fécales, les femmes se retiennent quelque peu; je favorise dans ce cas la procidence à l'aide de tractions sur le col avec une pince à mors ou de pressions exercées sur la paroi abdominale. Tout d'abord je détermine la situation de la matrice et mesure avec le cathéter les dimensions respectives du corps et du col. Je cherche ensuite la vessie et me renseigne, au moyen de la sonde, sur la part

qu'elle prend au prolapsus; j'agis de même pour le rectum. Finalement je refoule toute la masse dans le bassin, et j'examine à nouveau la position de l'utérus, l'état du périnée, de la voûte et des parois latérales du vagin. Je regarde cette exploration comme indispensable avant l'institution du traitement.

En raison des considérations ci-dessus, on ne peut augurer rien de bon tant que le mal est abandonné à lui même. Mais ***le pronostic*** devient favorable à partir du jour où les pauvres infirmes trouvent le courage nécessaire pour se soumettre à un traitement approprié.

Eu égard à la gravité de l'affection et aux difficultés évidentes de l'intervention, il est ***indispensable de porter toute son attention sur la prophylaxie de la procidence.*** S'il est impossible de soustraire la femme à un labeur excessif, il faudra cependant l'avertir de ce à quoi l'exposent, pendant les couches, les occupations trop pénibles, lui conseiller de se nourrir durant cette période mieux qu'on n'a l'habitude de le faire encore aujourd'hui, et de hâter l'involution des organes sexuels par l'emploi précoce d'injections et de bains de siège astringents.

Le ***traitement*** doit être institué dans toute son énergie ***au premier indice de descente utéro-vaginale.*** S'agit-il d'altérations puerpérales, il faudra veiller à une alimentation fortifiante, au fonctionnement facile de l'intestin et aux soins matériels en général; il faudra attaquer les parties prolabées elles-mêmes au moyen des astringents. Parmi ces derniers, je cite au premier rang les irrigations vaginales avec de l'eau à 40° R., les préparations tanniques, soit sous forme de bains de siège ou d'injections avec une décoction d'écorce de chêne, soit sous forme de tampons imbibés de glycérolé de tannin. Les bains de siège devront avoir une température de 26° R., et chaque litre de décoction être fait avec deux poignées de tan. Pour les injections on pourra ajouter 1/4 de litre de décoction à un litre d'eau. Quant aux tampons que j'exerce les malades à confectionner (avec de l'ouate désinfectée) et à appliquer elles-mêmes, ils peuvent être portés la nuit ou pendant le jour, et rester en place 10-12 heures sans le moindre inconvénient. On peut les remplacer par des globules de gélatine ou de beurre de cacao additionnés de tannin. La restau-

BIBLIOTECA