

Prolapsus
progressif.

Mais, ordinairement, l'abaissement se produit d'une manière progressive et en donnant lieu seulement à des symptômes fonctionnels vagues et indéterminés : pesanteur au périnée, tiraillement dans les reins et le bas-ventre, fatigue durant la marche, accompagnée des autres signes ordinaires de métrite, auxquels viennent se joindre bientôt des troubles de la miction : dysurie, pollakiurie, incontinence, rétention, avec ou sans cystite. Quand la cystocèle est très prononcée, la femme, pour faciliter la miction, presse directement, sur le réservoir urinaire, hernié à l'extérieur. La menstruation ne présente rien de particulier. La fécondation est difficile, dans les prolapsus complets, quoique possible. L'avortement peut survenir, mais l'utérus gravide peut aussi se développer normalement dans l'abdomen, faisant momentanément disparaître les phénomènes de prolapsus¹.

Il est très important de noter qu'ici, comme on l'observe, du reste, pour les hernies, ce ne sont pas les lésions les plus accusées, les déplacements les plus apparents, qui donnent lieu aux phénomènes rationnels les plus pénibles. On peut voir venir à l'hôpital des femmes qui ont l'utérus entre les jambes, et qui ont continué à se livrer assez facilement à de rudes travaux jusqu'au moment où un accident les a forcées à se soigner. D'autre part, certaines femmes qui n'ont qu'un léger abaissement, laissant l'utérus encore loin de l'orifice vulvaire, ont, pendant la marche, des douleurs très vives et sont réduites à l'impotence. Il semble que, dans le premier cas, il se soit créé une statique utérine nouvelle et définitive, permettant la tolérance d'une lésion considérable, tandis que, dans le second cas, cette sorte de compensation n'est pas effectuée; l'état instable de l'utérus donne lieu, alors, à des tiraillements incessants, à des réflexes nerveux, qui font de la métroptose un des cas particuliers de l'entéroptose, ce syndrome morbide, si justement catégorisé par F. Glénard².

Les signes physiques sont caractéristiques³. Quand le prolapsus génital est à ses débuts, la muqueuse vaginale, quoique flasque et prête à sortir de la vulve, ne la franchit que pendant les efforts. On peut alors, si l'on engage la femme, placée dans la position dorso-sacrée, à pousser, voir la paroi antérieure sortir par une espèce de mouvement de rotation ou de développement qui fait saillir hors de

¹ A. BERNE *loc. cit.*

² P. DE LOSTALOT-BACHOUÉ. *Des troubles viscéraux consécutifs à l'affaissement du plancher pelvien chez la femme*. Thèse de Paris, 1889.

³ GOSSELIN (*Clin. chir.*, Paris, 1875, t. II, p. 534), frappé de l'importance qu'a l'issue de la muqueuse génitale hors de la vulve dans la production des symptômes, avait fait de cette particularité la base de sa division et distinguait : 1° l'abaissement incomplet sans prolapsus concomitant des cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale; 2° l'abaissement incomplet, mais avec l'un ou l'autre, de ces prolapsus vaginaux; 3° le prolapsus complet (précipitation) différant des précédents en ce que le col a franchi la vulve et se présente à l'extérieur.

la vulve une tumeur molle, rosée, qui rentre, dès que cesse l'effort.

Il est important de se souvenir que les parois antérieure et postérieure du vagin sont normalement étalées et appliquées l'une contre l'autre de façon à ce que la section du canal à l'état de repos représente assez bien une H. On ne doit donc pas s'attendre à ce que la procidence du vagin se produise sous forme de cylindre, selon toute la circonférence du canal, comme cela a lieu pour le rectum. La paroi antérieure et la paroi postérieure font seules saillie isolément ou simultanément, glissant l'une sur l'autre ou se juxtaposant. Ce premier degré de cystocèle, à apparition, pour ainsi dire, intermittente, fait place à une cystocèle permanente : puis, plus tard, en arrière de la tumeur vaginale, apparaît l'orifice du museau de tanche, d'où suinte le mucus du catarrhe cervical. Si la paroi postérieure du vagin est aussi entraînée, cet orifice se trouve au centre et au sommet de la tumeur piriforme qui écarte les petites lèvres. La surface est sèche, rugueuse, tannée par l'exposition à l'air, et présente parfois, outre les ulcérations de l'orifice utérin, des pertes de substance dues au frottement et à la malpropreté. La base de la tumeur est entourée d'un sillon plus ou moins profond, surtout du côté de la fourchette. Elle offre un volume variable, allant de celui d'un œuf à celui des deux poings (fig. 267 et 268).

La palpation donne des sensations différentes, selon que l'utérus participe ou non au prolapsus. Tout ce qui appartient à la procidence vaginale est molle. La tension et l'élasticité de la cystocèle augmentent avec l'état de réplétion de la vessie; s'il existe, ce qui est rare, de l'entéroptose, on perçoit du gargouillement. Dans les cas où il s'agit d'une chute de l'utérus sans hypertrophie cervicale, on peut palper le corps même de l'organe dans l'intérieur de la tumeur (fig. 271, 272 et 273). Mais dans les cas typiques de prolapsus avec hypertrophie consécutive ou primitive du col que j'ai décrits, c'est ce segment seul de la matrice qui existe au centre de la tumeur (fig. 264, 265 et 266). Il en forme l'axe, plus ou moins épais et rigide selon les cas, donnant à la main qui embrasse et palpe la tumeur la sensation tantôt d'une corde, tantôt d'un cylindre élastique et rénitent; par la palpation bimanuelle, on sent qu'il se continue avec le corps de la matrice resté en arrière du pubis.

Le cathétérisme de la cavité utérine est pathognomonique dans les cas d'allongement du col; l'hystéromètre s'enfonce à une grande profondeur, mesurant de 10 à 20 centimètres. Il faut savoir toutefois que le canal cervical peut être oblitéré chez les vieilles femmes.

La réductibilité de la tumeur est complète dans les cas où l'utérus ne fait pas partie du prolapsus; elle peut encore être possible dans ce dernier cas, mais alors elle ne peut être maintenue que diffici-

Palpation

Cathétérisme

lement. Enfin une réduction stable est presque toujours tout à fait impossible; l'espèce de colonne solide qui forme, dans les cas d'hypertrophie du col, le milieu de la tumeur, ne pourrait être refoulée qu'au prix de dangereuses violences.

La disposition exacte de la vessie sera appréciée avec une sonde d'homme qu'on introduira en dirigeant le bec en bas; souvent le réservoir urinaire arrive jusqu'au voisinage immédiat de l'orifice utérin (cas d'élongation secondaire du col par traction (fig. 265); d'autres fois, le museau de tanche resté intact fait encore, au-dessous de la limite extrême de la vessie, une saillie qui peut même être exagérée (cas d'allongement hypertrophique primitif du col utérin dans sa portion sus-vaginale (fig. 266).

Marche, pronostic. — La marche de l'affection est essentiellement chronique et, livré à lui-même, le prolapsus devient de plus en plus complet. Il est des malades chez lesquelles cette chute des organes génitaux coexiste avec d'autres hernies volumineuses, et constitue une sorte d'éventration pelvienne aussi incurable que l'éventration abdominale.

On a parlé de guérisons spontanées après des péritonites, ayant fixé l'utérus par la production de fausses membranes, durant une réduction momentanée; ces cas me paraissent mériter confirmation.

Diagnostic. — La palpation bimanuelle, le toucher rectal, le cathétérisme utérin et vésical permettront de distinguer d'abord la tumeur qui sort de la vulve d'un polype ou d'une inversion de l'utérus.

A vrai dire, le point difficile du diagnostic n'est pas celui-là; il réside tout entier dans la détermination précise des parties prolabées et des modifications de siège, de forme et de volume qu'elles ont subies. Une sonde d'homme proménée dans la vessie en indiquera bien les limites; le doigt recourbé en crochet dans le rectum en poursuivra le repliement en avant: la recherche d'un axe rigide au milieu de la tumeur par la palpation, et la profondeur de la cavité utérine indiquée avec l'hystéromètre, détermineront ce qui appartient à l'hypertrophie du col. L'état des culs-de-sac péritonéaux est impossible à apprécier, sauf lorsque le gargouillement, produit par des tentatives de réduction, permet de supposer la présence d'anses intestinales en arrière ou même en avant de la matrice prolabée: ces entéroécèles qui sont excessivement rares, comme je l'ai dit, ne se rencontrent guère quand il y a hypertrophie sus-vaginale du col; alors, en effet, le péritoine est plus éloigné du vagin qu'à l'état normal; dans les chutes simples, sans hypertrophie cervicale, le péritoine est, au contraire, plus près (fig. 271).

¹ FRITSCH. *Die Krankh. der Frauen*, 1886, p. 276.

Marche.
Pronostic.

Diagnostic.

Polype. Inversion.

Hypertrophie
du col.

Entéroécèle.

Une variété intéressante de prolapsus vaginal, qui peut presque être considérée comme un cas particulier de cystocèle, est l'**uréthrocèle**, sur laquelle le professeur Duplay¹ a publié un travail important. La tumeur est formée par la dilatation de l'urèthre ou par une cavité en communication avec ce canal, la vessie pouvant rester indemne. Cette affection est caractérisée par la présence à la vulve d'une tumeur qui n'excède généralement pas le volume d'une noix, située immédiatement au-dessous du canal de l'urèthre et semblant se continuer avec le méat: elle devient plus saillante durant les efforts. On ne la distingue de la cystocèle que par un examen attentif, et en remarquant qu'elle est bien limitée supérieurement, et ne se con-

Uréthrocèle

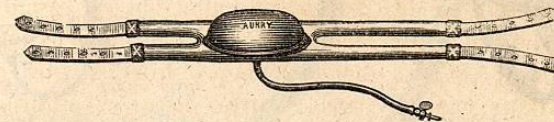


Fig. 274. — Pelote périnéale à air.

tinue pas avec la vessie qui n'a aucune tendance à prolaber. Le cathétérisme permet aussi de pénétrer d'abord dans la poche de l'uréthrocèle, puis dans la vessie, et cela par un trajet beaucoup plus long, en suivant la paroi inférieure de l'urèthre, qui est infléchiée, qu'en longeant la paroi supérieure, demeurée rectiligne. La cloison uréthro-vaginale est parfois très épaissie, ou, au contraire, très amincie.

En continuant à se dilater, l'uréthrocèle peut-elle dépasser le col de la vessie et se transformer alors en cystocèle? Le fait est douteux.

Traitement. — La prophylaxie des prolapsus génitaux réside tout entière dans le traitement rationnel, durant l'accouchement et dans l'hygiène consécutive.

Les ceintures et les pessaires ne donnent ici qu'un soulagement précaire et souvent tout à fait illusoire; il ne faut pas, toutefois, négliger de faire soutenir le ventre par une ceinture abdominale bien faite qui empêche le poids du paquet intestinal de peser autant sur les organes pelviens. Quant aux pessaires, ils ne peuvent donner quelque résultat que si le périnée a conservé une certaine tonicité. On se trouve bien, parfois, comme adjuvant de

Traitement
prophylactique.

Ceintures. Pes-
saires.

¹ S. DUPLAY. *Contribution à l'étude des maladies de l'urèthre chez la femme* (*Arch. gén. de méd.*, juill. 1880, 7^e sér., t. V, p. 12). — PIEDPREMIER. *De l'uréthrocèle*. Thèse de Paris 1887. — TH. A. EMMET. *The cause and treatment of urethrocele* (*New-York med. Journ.*, 27 oct. 1888, p. 449). — D. TENOIN. *Contribution à l'étude des prolapsus génitaux*. Thèse de Paris 1889.

leur action, d'une pelote périnéale (fig. 274 et 275). Breisky¹ dit avoir obtenu de bons résultats avec des pessaires oviformes qui peuvent prendre un point d'appui suffisant chez les vieilles femmes à vagin étroit. On doit aussi essayer l'anneau de Dumontpallier, le pessaire de Hodge, le pessaire en traîneau de Schultze, le pes-

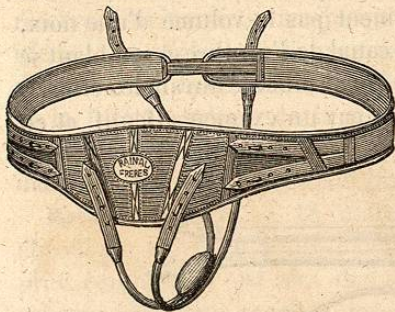


Fig. 275. — Ceinture avec pelote périnéale.

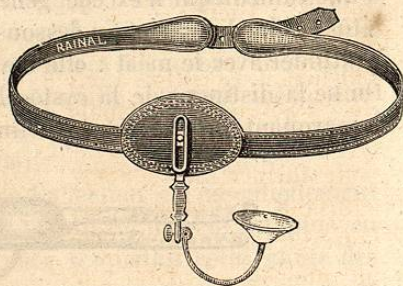


Fig. 276. — Hystérophore à cuvette.

saire en gimblette, le pessaire Gariel à air. Le pessaire à ailettes de Zwanck-Schilling, quoique médiocre, est un instrument très répandu.

Pour que tous ces pessaires aient quelque chance de succès, il faut, je le répète, que le périnée ait encore quelque tonicité et la vulve quelque étroitesse; ils conviennent particulièrement bien aux cystocèles, mais échouent dès que l'utérus prend une part notable au déplacement. Du reste, ils ne doivent être prescrits que comme palliatifs temporaires, en attendant une opération curative.

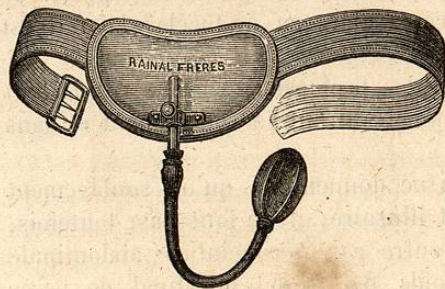


Fig. 277. — Hystérophore Roser-Scanzoni.

comme les autres viscères, ont véritablement perdu droit de domicile dans la cavité abdominale, la seule ressource réside dans l'emploi de pessaires à tiges, soutenus par une ceinture auxquels on

¹ BREISKY. *Prag. med. Woch.*, 1884, n° 53.

devrait réserver le nom d'hystérophores¹. Des types très analogues ont été fournis par Scanzoni, Courty, Grandcollot (fig. 276 et 277); le pessaire Dumontpallier, monté

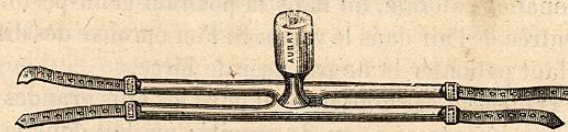


Fig. 278. — Pessaire de Borgnet.

sur une tige qui doit prendre un point d'appui sur la surface de l'abdomen, constitue alors un hystérophore, mais l'anneau doit être rigide pour former un support suffisant. Le pessaire de Cutter, à tige terminée par un anneau ou par une cuvette, est très employé en Amérique (fig. 279 et 280). Le pessaire de Borgnet, ou *en bondon*, convient surtout par sa simplicité, sa solidité

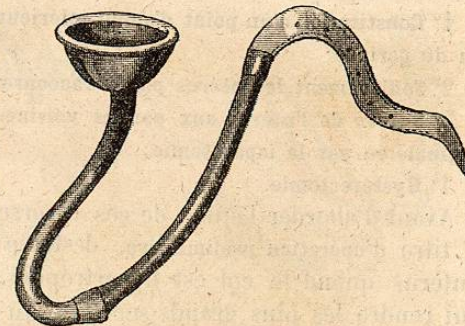


Fig. 279. — Pessaire à cuvette de Cutter.

et son bon marché à la clientèle des hôpitaux (fig. 278).

Quel que soit le pessaire qu'on emploie, il faut faire précéder son application d'une réduction des parties prolabées et de soins destinés à diminuer l'engorgement des parties. S'il y a de l'œdème ou de l'inflammation, on commencera par maintenir la malade au repos horizontal; on administrera des bains fréquents, des injections tièdes prolongées dans le vagin, on appliquera sur le col des tampons gly-

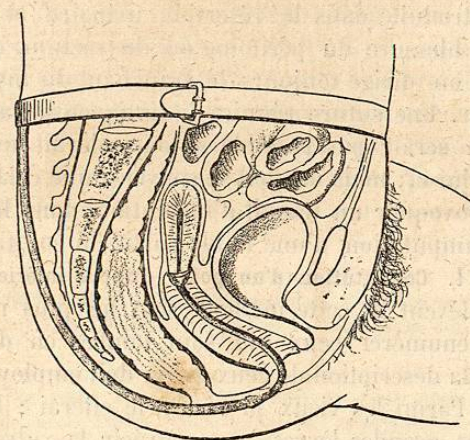


Fig. 280. — Pessaire de Cutter en place.

cérinés et on pratiquera le massage. Dès que les tissus auront recouvré quelque souplesse, on procédera, après avoir préalablement

¹ AUVARD (art. PESSAIRE du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 2^e s., t. XXIII, p. 614) propose d'appeler ces pessaires *vagino-abdominaux*.

vidé la vessie et le rectum, à la réduction, dans la position de semi-pronation latérale, ou dans la position genu-pectorale, qui facilitent l'entrée de l'air dans le vagin. Si l'on éprouve des difficultés à réduire, il faut patienter et ne pas user de force.

Traitement chirurgical.

Traitement chirurgical. — Il offre les plus grandes chances de succès et ne présente que peu de gravité; on doit donc le préférer de beaucoup à l'emploi des pessaires.

On peut classer de la façon suivante les diverses méthodes qui ont été employées :

1° Constitution d'un point d'appui inférieur du côté du vagin, de la vulve ou du périnée;

2° Soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds;

3° Suture de l'utérus aux parties voisines (hystéropexie), par la voie vaginale ou par la laparotomie;

4° Hystérectomie.

Opération préliminaire.

Avant d'aborder l'étude de ces diverses opérations, il faut noter, à titre d'opération préliminaire, destinée à favoriser le retrait de l'utérus quand le col est hypertrophié, l'amputation du col utérin, qui rendra les plus grands services. Au lieu d'y procéder, comme Huguier, sans s'inquiéter de la réunion consécutive, on devra toujours se ménager la possibilité d'affronter les muqueuses, après l'excision d'un lambeau conoïde sur chaque lèvre (fig. 281). La blessure de la vessie sera évitée, si l'on se guide sur une sonde d'homme introduite dans le réservoir urinaire et maintenue par un aide; la blessure du péritoine ou du rectum, en arrière, n'aura pas lieu si on dirige toujours le tranchant du bistouri vers la partie à enlever. Une suture réunira la muqueuse vaginale à celle du col. Elle ne serait pas possible si on enlevait un trop grand segment de celui-ci; mais on doit se souvenir que cela n'est pas nécessaire pour provoquer un travail d'involution dans le reste de l'organe, après l'amputation d'une faible partie du col (C. Braun).

Constitution d'un point d'appui inférieur.

I. Constitution d'un point d'appui inférieur. — Les procédés qui relèvent de cette méthode sont les plus nombreux. Je me bornerai à énumérer ceux qui sont tombés en désuétude pour m'attacher à la description de ceux qu'on doit employer¹.

Parmi les vieux procédés, je citerai : l'épisiorrhaphie², ou suture des grandes lèvres, pour rétrécir la vulve; l'avivement et la suture de l'orifice vulvaire³; l'infibulation, à l'aide d'un anneau métallique⁴;

¹ Les procédés de SCHÜCKING (de Pyrmont), de FREUND, de PÉAN, décrits dans le chapitre relatif à la RÉTROFLEXION, ont été également appliqués au prolapsus.

² FRICKE. *Annal. der chir. Abtheil. des Krankenhauses in Hamburg*, 1855, t. II, p. 142.

³ MALGAIGNE. *Manuel de méd. opér.*, 1875, p. 758.

⁴ DOMMÉS. *Hanover'sche Annal. für die ges. Heilk.*, t. V, p. 20.

les cautérisations de la paroi vaginale avec divers caustiques¹, ou avec le fer rouge², détestables procédés qu'on a récemment essayé de faire revivre. J'en dirai autant de la ligature³.

Franck⁴ pratique une opération ayant pour but de former, dans l'intérieur du vagin, une sorte de pli vertical, projeté en avant comme un tampon vivant. Pour cela il dissèque le vagin jusque près du cul-de-sac postérieur et fait des sutures perdues au catgut pour constituer cette espèce d'éperon. Mais telle n'est pas la seule conséquence

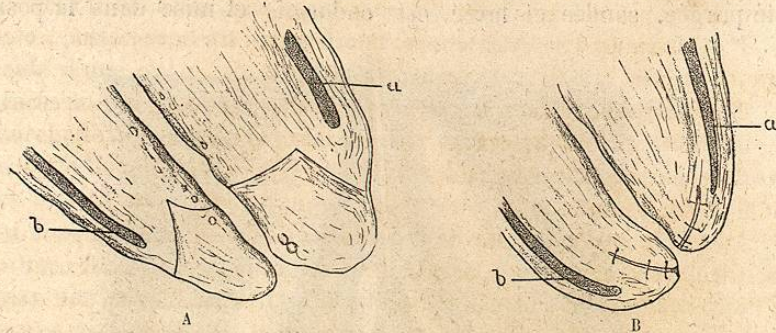


Fig. 281. — Prolapsus utérin, amputation de la portion vaginale du col. A. Avant la suture. — B. Après la suture. — a. Vessie. — b. Cul-de-sac de Douglas.

de cette opération, qui constitue aussi une sorte de colpo-périnéorrhaphie.

L'excision d'un lambeau de paroi vaginale, élytrorrhaphie ou colporrhaphie, fut d'abord préconisée par Marshall Hall⁵. C'est son opération, bien incomplète, qui a servi de point de départ aux procédés perfectionnés de colpo-périnéorrhaphie et de périnéauxésis exécutés aujourd'hui, dérivant tous du plan opératoire institué par Simon⁶, qui, le premier, comprit l'utilité d'aviver largement le périnée, tout en pénétrant profondément aussi dans le vagin; son avivement avait la forme d'un trapèze.

¹ PHILLIPS. *London med. Gaz.*, 1859, t. II, p. 494 (acide azotique). — JOBERT DE LAMBALLE. *Gaz. méd. de Paris*, 1840, n° 5, p. 79 (nitrate d'argent). — DESGRANGES, cité par MALGAIGNE (chlorure de zinc).

² LAUGIER, VELPEAU, KENNEDY, DIEFFENBACH, cités par SCHRÖDER, *loc. cit.*, p. 215. — JOHN BYRNE (de Brooklyn), *Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, 1886 (anal. in *Amer. Journ. of med. sciences*, oct. 1887), préconise encore comme traitement, après l'amputation du col, des cautérisations au galvano-cautère formant autour du moignon une gouttière cicatricielle, et, de plus, des cautérisations linéaires du vagin.

³ GILLETTE. *The radical cure of rectocele and cystocele by ligature* (*Obstet. Soc. of New-York, in Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 75).

⁴ FRANCK. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXI, p. 455.

⁵ MARSHALL HALL. *Dublin Journ. of med. and chem. science*, nov. 1851, t. IX, p. 269. — *Gaz. méd. de Paris*, 21 janv. 1852, p. 52.

⁶ SIMON. *Prag. Vierteljahrsschr.*, 1867, Bd. III, p. 112. — ENGELHARDT. *Die Retention des Gebärmutter-Vorfalles*. Heidelberg, 1871.

Quant à la colporrhaphie ou élytrorrhaphie antérieure, elle a d'abord été bien décrite par Sims¹.

Depuis Simon, on a beaucoup multiplié les tracés d'avivement pour la colpo-périnéorrhaphie. Je n'exposerai que ceux de Hegar et de A. Martin, ainsi que la périnéoplastie de Doléris.

Je décrirai aussi l'opération du professeur Le Fort, qui s'adresse exclusivement au vagin pour y faire un cloisonnement.

Colpo-périnéorrhaphie.
Procédé de Hegar.

Colpo-périnéorrhaphie (procédé de Hegar). — La malade ayant d'abord été purgée, sondée et lavée, est endormie et mise dans la posi-

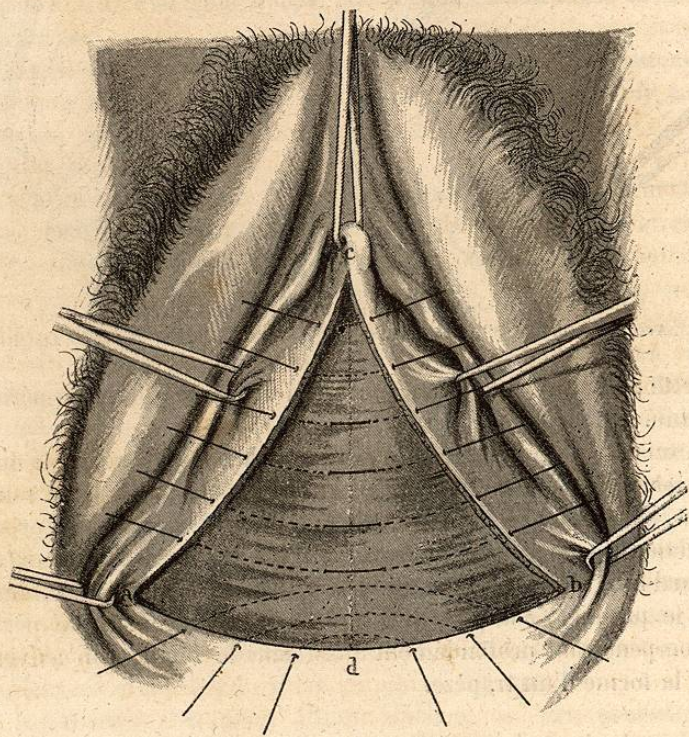


Fig. 282. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de Hegar.

tion dorso-sacrée. On se rend compte de l'étendue du tissu qu'il est nécessaire d'enlever, en saisissant la paroi postérieure du vagin avec des pinces et en l'attirant ainsi au dehors pour l'étaler. Dans les cas légers, il suffit d'aviver un triangle isocèle présentant 6 à 7 centimètres de large, au niveau de sa base qui est à la fourchette

¹ SIMS. *Uterine surgery*. Londres, 1865.

et une hauteur de 7 centimètres dans le vagin. Quand le prolapsus est très volumineux, on augmente de 1 à 2 centimètres.

Pendant l'opération, il est bon de faire pratiquer une irrigation continue très lente avec de l'eau tiède légèrement antiseptique (eau phéniquée à 10/1000), ou simplement filtrée et salée (6/1000). Un aide donne le chloroforme. Deux aides tiennent les cuisses et les pinces. Un autre passe les instruments.

Pour découvrir le champ opératoire, il est inutile d'employer des écarteurs; le chirurgien saisit avec une paire de pinces fire-balle la paroi postérieure du vagin (mise momentanément à découvert, à l'aide d'une valve qui soulève la paroi antérieure). Il place ces pinces au milieu de la paroi postérieure, à 7 ou 8 centimètres de la fourchette, de manière à ce qu'elles correspondent au sommet du triangle de muqueuse qu'il va délimiter et disséquer. On fait écarter les lèvres; deux autres pinces sont placées aux limites de la base du triangle projeté, à 6 ou 7 centimètres de distance les unes des autres, à l'extrême limite inférieure du vagin. On place ensuite deux nouvelles pinces vers le milieu des côtés du triangle. Quand toutes ces pinces sont convenablement tirées par les aides, l'opérateur a le champ opératoire étalé et tendu. Avec un bistouri convexe bien affilé, il trace les limites du triangle, en ayant soin de donner une forme concave, à la base, et légèrement convexe, en dedans aux côtés. Pour disséquer ensuite la muqueuse, on en saisit la pointe avec des pinces à dents de souris et on l'isole jusqu'à ce qu'elle soit assez dégagée pour qu'on puisse remplacer les pinces par les doigts. Pendant tout ce temps, on tire assez fortement sur la muqueuse détachée, ce qui facilite la dissection. Si la cloison recto-vaginale est mince, et qu'on redoute de la blesser, l'opérateur peut introduire son doigt dans l'anus. C'est pour cela qu'il faut avoir, avant l'opération exactement purifié le rectum par des lavages boricés ou salicylés, qu'on aura fait pratiquer par un aide, qui devra ensuite se désinfecter très soigneusement. Si quelques vaisseaux saignent abondamment, on y placera des pinces. L'épaisseur à enlever doit comprendre toute la muqueuse, qui est parfois assez hyperplasiée par l'inflammation. La plaie est, à l'aide de ciseaux courbes, régularisée avec le plus grand soin, de façon à enlever les aspérités ou les îlots de muqueuse¹.

Pour la suture, Hegar se sert de fils d'argent qu'il fait cheminer

¹ Pendant l'opération de colpo-périnéorrhaphie, l'ouverture du cul-de-sac de Douglas a été faite assez souvent. Dans un fait de ce genre, SCHAVTA (*Réunion des natur. et med. all.* Heidelberg, 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 43, p. 747), a profité de cette ouverture accidentelle pour attirer et réséquer le cul-de-sac péritonéal. Cette manœuvre est à rapprocher de l'opération de FREUND (*ibid.*, p. 691), que j'ai décrite, p. 495.