

## ARTICLE II

## PROLAPSUS DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN ET DU RECTUM, OU RECTOCÈLE VAGINALE (1).

Le mécanisme suivant lequel ce déplacement se produit ressemble en tout à celui de la cystocèle ; seulement, en ce cas, la force de projection ne vient pas de la vessie, mais du rectum.

## § I. — Causes.

Ce déplacement est la conséquence d'une constipation habituelle et prolongée; les fèces accumulées distendent le rectum dans une proportion considérable, et comme les parois du vagin sont molles et lâches, elles n'offrent point de résistance, et il suffit du moindre effort pour faire saillir la tumeur à travers l'orifice externe. Comme la distension date de plus loin, que les intervalles de soulagement sont plus distants que dans le cas de cystocèle, le vagin revient moins facilement à son état normal; et même après que la cause de distension a disparu, les parois continuent à être flasques et toujours prêtes à se relâcher sous l'influence de la moindre pression. Malgaigne a publié un très bon mémoire sur cette maladie. Sur 13 cas, les malades étaient réparties de la manière suivante : 4 étaient âgées de vingt-deux à trente ans; — 4 de trente et un à quarante; — 4 de quarante et un à cinquante; — la dernière était âgée de cinquante-trois ans. — Toutes, à l'exception d'une seule, avaient eu des enfants : 3 avaient eu un enfant; — 2 en avaient eu deux; — 2 en avaient eu trois; — 2 en avaient eu quatre; — une en avait eu six; — une autre sept; — une autre dix. Chez 4 femmes qui n'étaient pas enceintes, l'accident était attribué à une chute, un coup, ou bien à des efforts violents. 3 étaient enceintes de six à neuf mois. Six fois la maladie était une conséquence du travail de l'accouchement, et une fois d'un avortement. Sur 16 cas, l'accident fut 7 fois compliqué de cystocèle; — une fois de prolapsus utérin; — 3 fois de cystocèle et de prolapsus utérin tout à la fois; enfin, dans 5 cas, il n'y avait qu'une simple rectocèle.

## § II. — Symptômes.

Les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de la cystocèle : la malade se plaint de pesanteur à l'orifice du vagin, de gêne et de douleur en marchant; il y a en même temps un léger écoulement mu-

(1) Léon Coze, *De la rectocèle vaginale*, thèse de Strasbourg, 1842. — Malgaigne, *Mémoire sur un prolapsus particulier du rectum dans le vagin ou à travers la vulve, ou rectocèle vaginale* (Mém. de l'Académie de médecine, 1838, vol. VII, p. 485).

queux. On amène quelque soulagement en provoquant une évacuation; mais ce soulagement est incomplet tant qu'il reste la moindre saillie vaginale.

En écartant les grandes lèvres, on aperçoit une tumeur globuleuse plus ou moins volumineuse, compressible, mais non fluctuante, et à travers les parois de laquelle on peut quelquefois sentir les cybales. Le doigt passe facilement en avant de la tumeur, et l'on arrive jusque sur le col de l'utérus, qui est situé dans le bassin, à sa hauteur habituelle; en arrière, le doigt est arrêté par la réflexion de la muqueuse, qui passe de haut en bas sur la tumeur. Quand le vagin en prolapsus est complètement distendu, la membrane muqueuse paraît lisse et polie; mais, dès que le rectum a été vidé, la muqueuse vaginale forme des plis qui ne sont pas toutefois aussi réguliers que ceux que l'on voit sur la paroi antérieure.

## § III. — Diagnostic.

Ce déplacement doit être différencié avec :

1° *Le prolapsus de la paroi antérieure du vagin.* Il s'en distingue par sa situation vers la partie postérieure de l'orifice et par la possibilité de passer le doigt en avant de la tumeur. De plus, cette tumeur est compressible, mais non fluctuante, comme dans la cystocèle, et elle diminue après l'évacuation des fèces;

2° *Le prolapsus utérin.* Le doigt introduit dans le vagin trouve le col à sa hauteur habituelle au lieu de le rencontrer à la partie inférieure de la tumeur, comme dans le prolapsus utérin. La tumeur est aussi plus molle, plus compressible, et plus variable comme dimension;

3° *Le renversement de l'utérus.* La tumeur est plus molle et laisse passer le doigt antérieurement, de manière que l'on peut arriver jusque sur le col utérin, qui se trouve dans le bassin; au contraire, dans le renversement de l'utérus, le cul-de-sac est formé par le vagin, qui est lui-même renversé et empêche l'introduction du doigt.

## § IV. — Traitement.

Comme dans la cystocèle vaginale, le traitement consiste à faire disparaître la cause du prolapsus au moyen de lavements et de purgations, à prévenir le retour de cet affaissement et à rendre à la membrane muqueuse sa tonicité normale par des applications froides et astringentes. On peut aussi soutenir la paroi au moyen d'un pessaire, et enfin, par une opération, diminuer le calibre du vagin. On a essayé toute espèce de moyens palliatifs, tels que : lavements renouvelés chaque jour, lotions froides et astringentes, application légère d'acide nitrique, et l'on n'a retiré que peu de profit et même parfois aucune utilité de ces divers procédés. Nous avons vu un succès complet par l'emploi du



pessaire de Hodge, que l'on avait fait assez large pour distendre dans toute sa hauteur le cul-de-sac postérieur du vagin; mais ce succès a-t-il été permanent? Nous ne pouvons le dire. Dans les cas où la tumeur est volumineuse, où elle ne peut être contenue par des moyens mécaniques, si l'on a échoué avec le traitement palliatif, il ne faut pas hésiter à enlever un lambeau de la membrane muqueuse.

Les conséquences de cette maladie sont l'excoriation des parties, une leucorrhée persistante et un relâchement des parois vaginales, lequel peut entraîner plus tard une chute de la matrice.

### ARTICLE III

PROLAPSUS DU VAGIN, SOIT COMPLET, SOIT PARTIEL, SANS DÉPLACEMENT DE LA VESSIE OU DU RECTUM.

Il est très rare de trouver un prolapsus de toute la circonférence du vagin. Nous avons vu un cas dans lequel il y avait, un jour, prolapsus de la paroi antérieure du vagin, et le jour suivant, prolapsus de la paroi postérieure.

Le mécanisme de cet accident n'est pas aussi facile à expliquer que dans les autres cas. Le prolapsus paraît être dû à un relâchement des parois tantôt par suite d'un excès de distension, tantôt indépendamment de cette distension, et enfin quelquefois par suite de la pression d'un organe voisin.

#### § I. — Symptômes.

Les symptômes sont les mêmes que ceux que nous avons déjà décrits, sauf que la vessie et le rectum restent en dehors, et que l'évacuation de ces cavités ne soulage pas la malade.

Quand le vagin tout entier est en prolapsus, on voit saillir une tumeur de tout l'orifice vulvaire, et l'on trouve seulement à la partie inférieure un petit conduit qui va jusqu'à l'orifice utérin. Dans plusieurs cas, on a même trouvé l'utérus plus ou moins dévié de sa position naturelle. Quand le prolapsus est partiel, la membrane muqueuse fait saillie sous forme de pli antérieurement ou postérieurement. L'étendue de cette espèce de prolapsus varie beaucoup : tantôt il est très prononcé, tantôt il est à peine marqué. Noël (1) rapporte un fait dans lequel la membrane vaginale descendait jusqu'aux genoux. L'absence de la vessie et du rectum dans la tumeur se reconnaît aisément par le toucher : il suffit de saisir la tumeur entre le pouce et l'index.

#### § II. — Diagnostic.

Quand le prolapsus est récent, le diagnostic est facile à établir, d'a-

(1) Noël, *Journal de médecine*, vol. II, p. 60.

près les symptômes que nous avons donnés; mais quand la tumeur a été longtemps exposée à l'air, qu'elle est devenue dure et gonflée, l'orifice inférieur peut faire croire à une chute de matrice, et l'on ne peut éviter une erreur qu'en introduisant le doigt plus loin pour aller à la découverte de l'utérus.

#### § III. — Traitement.

Les moyens auxquels on peut avoir recours sont les mêmes que ceux que nous avons recommandés pour le traitement des autres variétés de prolapsus, c'est-à-dire la réduction des parties, la contention par un pessaire, des fomentations émollientes, et plus tard des injections astringentes. Si la malade a passé l'âge d'avoir des enfants, on enlève un lambeau de membrane muqueuse, et l'on réunit les bords de la plaie de manière à diminuer le calibre du vagin.

Les conséquences de cette forme de prolapsus, quand on n'y apporte pas de remède, sont plus sérieuses que celles d'une chute partielle. Les rapports sexuels, aussi bien que la conception, sont entièrement empêchés; l'évacuation de l'urine et des fèces est très difficile; le vagin est exposé à s'enflammer et même à s'excorier; les veines se gonflent et deviennent variqueuses, la menstruation devient excessive; il y a de la leucorrhée, et enfin l'utérus est exposé lui-même à être entraîné.

### CHAPITRE VII

INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE PELVIEN. ABCÈS PELVIENS.

L'inflammation du tissu cellulaire pelvien est loin d'être rare, elle s'observe à toutes les périodes de la vie. Plus fréquente chez les femmes qui ont eu des enfants, on l'a cependant rencontrée chez les femmes non mariées, vieilles ou jeunes. Souvent elle se montre après l'accouchement, surtout dans certaines épidémies d'inflammation post-puerpérale.

L'inflammation du tissu cellulaire qui avoisine l'utérus est désignée sous le nom de *phlegmon péri-utérin*.

Eu égard au siège de l'inflammation, on distingue trois variétés de phlegmons péri-utérins qui peuvent se rencontrer isolément ou se trouver réunis; on admet :

1° Le *phlegmon anté-utérin* ou inflammation du tissu cellulaire situé entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus. — Cette variété a été rendue parfaitement évidente sur une pièce présentée en 1858 à la Société anatomique;

2° Le *phlegmon rétro-utérin*, rejeté pendant longtemps, est admis aujourd'hui par la plupart des gynécologistes. M. Gallard a publié en