

en marchant ; il y a en même temps un léger écoulement muqueux. 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 :

1° *Du 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° *Avec 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° *Avec 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. J'ai essayé toute espèce de moyens palliatifs, tels que : lavements renouvelés chaque jour, lotions froides et astringentes, application légère d'acide nitrique, et, pour dire la vérité, je n'ai retiré que peu de profit et même parfois aucune utilité de ces divers procédés. J'ai 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 ? Je ne puis 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, je suis d'avis qu'il ne faut pas hésiter à enlever un lambeau de la membrane muqueuse, au besoin toute la cloison recto-vaginale, et à fermer la plaie avec des sutures métalliques. Les fistules recto-vaginales ne sont pas difficiles à guérir ; une fistule récente surtout présente de meilleures conditions, et le succès doit être complet.

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. J'en ai 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.

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

§ II. — Diagnostic.

Quand le prolapsus est récent, le diagnostic est facile à rétablir, d'après 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.

Les abcès pelviens sont loin d'être rares, ils s'observent à toutes les périodes de la vie. Plus fréquents chez les femmes qui ont eu des enfants, je les ai cependant rencontrés chez des femmes non mariées, vieilles ou jeunes. Souvent ils se montrent après l'accouchement, surtout dans certaines épidémies d'inflammation post-puerpérale. On les a décrits sous le nom d'inflammation ou d'abcès des annexes utérins. Les abcès peuvent occuper soit l'espace recto-vaginal ou bien les parties latérales du bassin.

[[L'auteur dans ce chapitre a confondu le phlegmon des ligaments larges avec le phlegmon de la fosse iliaque. Nous devons donc rappeler ici la classification admise par un grand nombre d'auteurs qui ont écrit récemment sur ce sujet.

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 *retro-utérin*, rejeté pendant longtemps, est admis aujourd'hui par la plupart des gynécologistes. M. Gallard a publié en 1872 le résultat d'une autopsie qui démontre d'une façon très-nette l'existence de l'inflammation en ce point (1);

3° Le phlegmon des *ligaments larges* ou inflammation du tissu cellulaire situé entre les deux feuillets péritonéaux qui constituent ces ligaments.

Quant à l'inflammation du tissu cellulaire siégeant au niveau de la fosse iliaque, on la désigne plus spécialement sous le nom de *phlegmon de la fosse iliaque*. C'est à la terminaison de cette inflammation par abcès que l'auteur donne le nom d'abcès latéraux du pelvis.]]

ARTICLE PREMIER

ABCÈS SIÉGEANT ENTRE LE RECTUM ET LE VAGIN

[[ET ENTRE LES FEUILLETS DES LIGAMENTS LARGES.]]

Ces abcès sont moins communs que ceux de l'autre variété (abcès de la fosse iliaque) et ne sont spéciaux à aucune période de la vie.

§ I. — Causes.

Ils sont le plus souvent déterminés par une violence extérieure, une chute, un coup de pied, etc., ou bien par le passage de la tête du fœtus pendant un accouchement laborieux. Quelquefois ils peuvent survenir en dehors de toute cause externe. A l'hôpital de Meath, chez une malade que m'avaient confiée Grave et Stokes, l'abcès se montra après la guérison d'une leucorrhée utérine abondante, sans autre cause appréciable. Ces abcès peuvent être aussi déterminés par l'extension de l'inflammation des organes génitaux externes.

§ II. — Symptômes.

Quelle que soit la cause, cette maladie donne lieu à une douleur aiguë dans la partie; il existe une sensation de poids, de tension, des battements; le tout très-augmenté, par la station debout et par les efforts de

(1) Gallard, *Leçons de clinique médicale*, 1873, p. 131.