

ture. Un instrument de la sorte peut être introduit dans l'utérus sans grand danger et suffit pour faire écouler le liquide. On pourrait d'ailleurs aspirer avec une seringue. La ponction peut se faire, soit par le vagin, soit par le rectum ; la ponction par le vagin sera préférable. »

3° Dans les cas difficiles, A. Callisen (1) a proposé la gastrotomie, afin de pouvoir saisir directement l'organe et de le remettre en place. Purcell (2), Gardien (3) et Cruikshank proposent aussi la section de la symphyse du pubis, comme donnant plus de place pour réduire les déviations.

CHAPITRE XII

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS (4)

Ce genre de déplacement décrit sous divers noms. *Prolapsus, procidence, descente de matrice*, sont les termes le plus ordinairement employés par les médecins ; *chute* ou *abaissement* sont les termes employés dans le monde.

La maladie consiste dans un abaissement de l'utérus au-dessous de son niveau normal par rapport au bassin.

Il est donc important de bien connaître la position normale de l'utérus : « A l'état sain, en dehors de la grossesse, dit sir Clarke (5), l'utérus occupe à peu près le centre de la cavité pelvienne, et entre l'orifice de l'utérus et l'orifice vulvaire la distance est à peu près de

(1) Callisen, *System der Chirurgie*. Hamburg, 1822.

(2) Purcell, *Med. comm.*, t. I.

(3) Gardien, *Traité complet d'accouchements*, 3^e édition. Paris, 1824, t. I, p. 198. — Martin jeune, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1835, p. 183. — Fred. Jahn, *Deutero reverso*, thèse. Iena, 1787, in Schlegel, *Operum minorum ad artem obstetriciam Sylloge*, t. I, p. 603.

(4) BIBLIOGRAPHIE : Rulin, *Diss. de uteri lapsu* (Haller, *Disputationes chirurgicæ*, t. III). — J. Eilhard Reinick, *Diss. de uteri delapsu*. Gedani, 1732 (Haller, *Disputationes*, t. III). — J. Fr. Osiander, *De fluxu menstruo atque uteri prolapsu*. Göttingæ, 1808. — F. L. Meissner, *Die Dislocationen der Gebärmutter und der Mutterscheide*, 3 parties. Leipzig, 1821-1822. — Rondet, *Sur le traitement de la chute du vagin et de la matrice*. Paris, 1828. — Rondet (M^{me}), *Mémoire sur le prolapsus ou chute de la matrice*. Paris, 1833. — Häger, *Die Brüche und Vorfälle*. Wien, 1834. — Reberton, *Remarks on relaxation and descent of the uterus and bladder in the puerperal state* (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1834, t. XLI, p. 393; *Arch. gén. de méd.*, 2^e série, t. V, p. 105). — Hendriksz, *Descriptio historica atque critica variarum uteri prolapsuum curandi methodorum* (*Comm. med. chir.*. Berlin, 1838). — Carl. Mayer, *Beitrag zur Kenntniss und Behandlung des Prolapsus Uteri* (*Verh. der Ges. f. Gebtsk.*, t. III, p. 122). — Moumeron, *Sur les chutes de la matrice* (*Arch. de méd. belge*, 1843, n^o 1). — Et. le Loutre, *Essai sur les déplacements de la matrice*, thèse. Montpellier, 1844, in-4. — Rigby, *Med. Times*, août, novembre 1845. — P. Dubois et Desormeaux, *Dict. en 30 vol.*, art. UTÉRUS (chute de l'). — Jobert (de Lamballe), *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849, t. II; *Leçons sur la chute de l'utérus* (*Union médicale*, t. XII, p. 95, 12 août 1858). — Savage, *Clinical experience on the nature and treatment of uterine deviations, more especially of prolapsus* (*Med. Times and Gaz.*, 398, 13 février 1858; *Lancet*, juin 1858). — Verneuil, *Gazette hebdomadaire*, 1859.

(5) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 66.

12 centimètres. L'orifice utérin ne continue pas la ligne suivie par le vagin, il est légèrement oblique par rapport à ce canal ; la surface antérieure du col est en partie recouverte par la membrane muqueuse vaginale. » Pendant que le col s'appuie sur le vagin et ne peut ainsi s'abaisser sans entraîner avec lui le vagin, le corps de l'utérus paraît soutenu par les ligaments latéraux (fig. 190). Les anciens n'admettaient

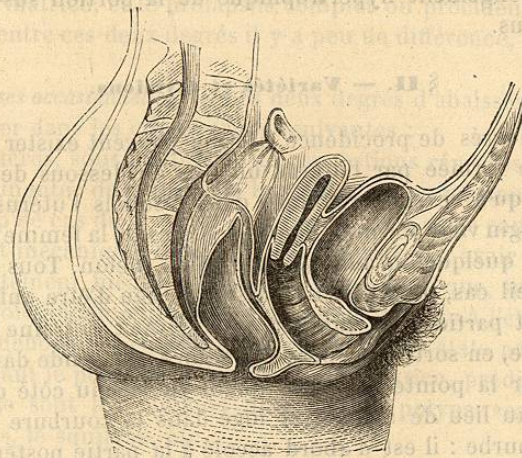


Fig. 190. — Coupe antéro-postérieure des organes, au point de vue des rapports du péritoine avec l'utérus et le vagin (Lucien PENARD).

pas la possibilité d'un prolapsus utérin à cause de la puissance qu'ils prêtaient aux ligaments. Il est évident, cependant, que ce support manque souvent.

On ne doit pas s'en tenir à l'examen de son mode de support ; il est également important, au point de vue pratique, d'apprécier les rapports de son axe avec l'axe du bassin.

§ II. — Fréquence.

Le prolapsus se rencontre dans tous les rangs de la société, plus souvent chez les femmes qui ont dépassé l'âge moyen et qui ont eu des enfants. Plus les enfants ont été nombreux, plus les conditions de prolapsus sont favorables. La déchirure du périnée en est souvent une cause. On a cependant rencontré cette affection chez des filles qui n'avaient pas eu d'enfants. Alexandre Monro a rapporté un cas de prolapsus chez une enfant de trois ans (1). Cette affection se rencontre souvent chez les femmes après leur premier accouchement et disparaît après le second, ce qui tient à la manière dont elles sont soignées dans leur convalescence.

(1) Al. Monro, *Edinburgh medical Essays*, t. III, p. 282.

La tumeur, saillante à la vulve et décrite sous le non de *prolapsus utérin*, est considérée comme une maladie fréquente par un grand nombre d'auteurs. Sans nier l'existence de ce prolapsus, d'autres auteurs, parmi lesquels nous devons citer Huguier et M. Gallard, croient que l'on a beaucoup exagéré la fréquence de cette maladie et que la tumeur ainsi saillante au dehors de la vulve, résulte, dans la majorité des cas, d'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus.

§ II. — Variétés et divisions.

Tous les degrés de procidence utérine peuvent exister depuis une légère saillie formée par l'utérus un peu au-dessous de sa position normale, jusqu'à ces cas extrêmes dans lesquels l'utérus entraînant avec lui le vagin vient former entre les cuisses de la femme une tumeur volumineuse quelquefois aussi grosse qu'un melon. Tous les rapports sont, en pareil cas, modifiés. La vessie, au lieu d'être enfermée dans le bassin, fait partie de la tumeur extérieure et entraîne avec elle le méat urinaire, en sorte que, pour introduire une sonde dans la vessie, il faut diriger la pointe de l'instrument en bas du côté des genoux. Le rectum, au lieu de se trouver logé dans la courbure du sacrum, décrit une courbe : il est d'abord accolé à la partie postérieure de la tumeur pour remonter ensuite dans le bassin. Les trompes de Fallope et les ovaires sont entraînés avec l'utérus, et le centre de la tumeur est formé par les anses d'intestin grêle qui, à l'état normal, sont logées entre la matrice et le rectum. Le mésentère se trouve ainsi fortement tiraillé (1).

Quelques auteurs ont adopté la division d'Astruc en trois degrés :

1° *Dépression de l'utérus*, ou *procidence au début*, quand l'orifice utérin se trouve placé plus bas que de coutume ;

2° *Procidence*, quand l'orifice de l'utérus repose sur le périnée et que le corps occupe encore la cavité pelvienne. Ce degré est de beaucoup le plus fréquent, et l'utérus peut rester des années dans cette situation avant de franchir l'utérus vulvaire ;

3° *Prolapsus*, quand l'utérus est complètement en dehors de l'orifice inférieur du vagin, ayant entraîné avec lui la vessie et le vagin (2).

La distinction proposée par Manning est cependant suffisante, car il n'est pas toujours facile de distinguer entre la dépression et la procidence. Il admet deux degrés : le *prolapsus complet*, le *prolapsus incom-*

(1) Clarke, *On diseases of females*, vol. I, p. 67, 68.

(2) Denman (*Principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 139), Burns (*Midwifery*, p. 127), Ramsbotham (*med. Gaz.*), appellent le deuxième degré de déplacement *prolapsus* et le troisième *procidence*. — Davis appelle le premier degré *abaissement*, le deuxième *prolapsus*, et le troisième *procidence* (*Obstetric med.*, vol. I, p. 526).

plet ; incomplet, quand, bien qu'abaissé, l'organe est encore dans le vagin ; complet, quand il est tout à fait en dehors du vagin (1).

§ III. — Causes.

Nous considérerons donc seulement le prolapsus incomplet ou descente de matrice, et le prolapsus complet ou procidence, et nous verrons qu'entre ces deux degrés il y a peu de différence, excepté comme intensité.

I. *Causes occasionnelles*. — Les deux degrés d'abaissement peuvent se rencontrer dans les circonstances suivantes :

1° L'utérus, sous l'influence de congestions répétées et persistantes, peut augmenter de poids, que la malade ait eu ou non des enfants, et beaucoup de cas du premier degré sont dus à cette cause et nullement à un effet mécanique. Il faut donc, en pareil cas, avoir recours d'abord à un traitement médical. Il peut se faire aussi que, soit de naissance, soit pathologiquement, l'utérus soit plus long qu'à l'état normal ;

2° En dehors de l'état de grossesse, certains états pathologiques, en augmentant le poids et le volume de la matrice, prédisposent au prolapsus. Ce sont les tumeurs fibreuses ou polypeuses, les môles, les hydatides, le squirrhe, etc. ;

3° Dans les premiers temps de la grossesse, l'augmentation de poids de l'utérus prédispose au prolapsus. Tyler Smith rapporte qu'il a eu à donner des soins à une femme enceinte de cinq mois et qui était atteinte de prolapsus : mais à quelle époque s'était produite la lésion, c'est ce qu'il ne put dire. L'utérus fut réduit après l'accouchement (2). Les auteurs ont rapporté beaucoup de cas de ce genre (3) ;

4° Au moment du travail, l'accident peut encore se produire si le bassin est large, et si les douleurs sont très vives. Ducreux (4), Leake (5), Nauche (6), R. B. Sabatier (7), Capuron (8), Portal, Shaw (9), Merri-man, Davis, Haughton (10), en ont cité des exemples ;

5° A une période quelconque après l'accouchement, le prolapsus complet est beaucoup plus fréquent qu'à toute autre époque ;

(1) Manning, *On female diseases*, p. 277. — Nauche et d'autres écrivains français n'admettent que deux degrés, l'abaissement et la descente.

(2) Tyler Smith, *New-York Journal of Medic.*, juillet 1850.

(3) *Medic. Repository*, 1797. — Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1821, t. II, p. 73. — Velpeau, *Traité de l'art des accouchements*, 2^e édition. Paris, 1835, t. II, p. 220. — *Americ. Journ. of med. sciences*, 1846.

(4) Ducreux, in Sabatier, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, vol. III, p. 368.

(5) Leake, *Diseases of women*, p. 129.

(6) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 88.

(7) Sabatier, *Mémoire sur les déplacements de la matrice* (*Mém. de l'Académie de chirurgie*, 1843, t. III).

(8) Capuron, *Maladies des femmes*, p. 199.

(9) Shaw, *Mém. of med. Soc.*, vol. I, p. 113.

(10) Haughton, *Dublin Journal*, mai 1853.

6° Le prolapsus a encore été causé par une maladie des régions voisines, une ascite, une maladie des ovaires, une tumeur située sur le pudendum (1).

II. *Causes immédiates.* — Il y a entre les auteurs divergence d'opinions. Sir Clarke fait observer que les causes immédiates sont :

1° Le relâchement des ligaments larges ou des ligaments ronds ;

2° Un manque de tonicité du vagin.

Par suite de la première cause, l'utérus est exposé à s'abaisser ; par suite de la seconde cause, il s'affaisse tout à fait (2). Astruc, Manning, Leake, Gardien, ne parlent pas de la première cause, et Hamilton (d'Édimbourg) a nié l'effet de ce relâchement. Après avoir combattu l'influence attribuée par plusieurs auteurs au relâchement du péritoine, il ajoute : « Il est évident que la vessie, le rectum, le vagin, et plus spécialement les muscles qui tapissent les parois du vagin, aussi bien que ceux de l'extrémité du tronc, contribuent seulement à maintenir l'utérus dans la position normale. »

Dans tous les cas de prolapsus, le vagin, la vessie, le rectum, les muscles du bassin intérieurs ou extérieurs, sont toujours affaiblis ou déchirés ; dans les cas de prolapsus, le relâchement du péritoine et des ligaments n'est donc que l'effet et nullement la cause du prolapsus. Sans doute, avec cette théorie, les cas de prolapsus chez les vierges sont plus difficiles à expliquer ; ils s'expliqueront cependant : le prolapsus est alors l'effet d'un mouvement brusque dans un moment où les ligaments sont relâchés, par exemple pendant la menstruation : durant cette période, tout ce qui tient à l'utérus est affaibli et ramolli, et tout effort musculaire violent, comme ceux que l'on est obligé de faire dans le saut, la course, la danse, doit occasionner un déplacement de l'utérus, comme il s'en produirait un si les muscles abdominaux étaient affaiblis au niveau des orifices aponévrotiques (3).

A propos du prolapsus au début, Boivin et Dugès (4) font remarquer « que l'on ne peut nier qu'une grande extension des ligaments suspenseurs et du vagin ne soit pour cela nécessaire ; mais c'est à tort qu'on a voulu tout rapporter exclusivement à cette dernière partie. Ceux qui n'ont vu là qu'un affaiblissement du vagin, auraient dû être détrompés par cette multitude de cas dans lesquels ce canal, lâche mais extensible, ne laisse point pourtant échapper la matrice, par ceux dans lesquels la partie supérieure du vagin, sans se dilater, se laisse pousser à travers l'inférieure. D'un autre côté, les ligaments larges,

(1) Wagner, *Bibliotk. méd.*, vol. XIII, p. 114.

(2) C. Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 72. — Voyez aussi Osiander, *Die Ursachen und Hülfsanzeigen der unregelmässigen und schweren Geburten*. Tübingen, 1833, III, p. 130.

(3) Hamilton, *Practical observ.*, p. 11, 12.

(4) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1833, t. II, p. 85.

replis presque exclusivement membraneux, ne peuvent guère influencer sur la hauteur à laquelle se tient l'utérus ; et la facilité avec laquelle ils se déploient durant la grossesse prouve qu'ils laisseraient facilement glisser la matrice, en se déployant en sens inverse, s'ils étaient seuls chargés de son poids. Quant aux cordons sus-pubiens, il est clair qu'ils s'opposent à un abaissement considérable, et surtout à cette inclinaison en arrière, inévitable dans le deuxième degré du prolapsus. Il faut donc les supposer alors, et à plus forte raison dans la chute complète, allongés par un relâchement maladif ; mais, dans le simple abaissement, ces cordons ne sont pas tirillés au delà de ce que permettent leurs dimensions et leur courbure, dont le redressement peut accroître leur longueur. C'est donc dans l'allongement, le relâchement des cordons utéro-sacrés, que nous trouvons, en définitive, la seule explication raisonnable du premier degré du prolapsus, allongement qui doit devenir bien plus considérable encore dans les deux autres degrés, puisque l'utérus se porte non seulement en bas, mais encore en avant. Ces cordons doivent disparaître en totalité, leurs fibres charnues s'atrophier, s'affaïsser, et le repli péritonéal qui les couvre se dédoubler pour s'étendre sur les parties voisines. »

L'opinion de Davis (1) est également opposée aux idées de Hamilton. Parlant des causes de la chute de matrice, il dit : « La cause prochaine est l'affaiblissement des ligaments suspenseurs, laquelle n'est pas forcément compliquée du relâchement des parois vaginales. Suivant quelques auteurs, ce relâchement suffirait à lui seul pour expliquer le prolapsus ; mais cette opinion est-elle bien réellement basée sur l'examen des faits ? Un organe susceptible de se distendre autant que le vagin, peut-il avoir jamais assez de contractilité pour soutenir l'utérus ? Ajoutez à ce fait que le vagin est toujours distendu dans les cas où, suivant l'hypothèse admise, il devrait être le plus contracté. » En outre, chez les adultes, il est toujours relâché. Le prolapsus de l'utérus est donc, suivant toutes les probabilités, la conséquence du relâchement, ou de la rupture ou de l'affaïssement des organes suspenseurs.

Blundell fait observer que, dans les cas où le vagin a sa contractilité normale, il y a peu de chances de prolapsus. Quand il est distendu à l'excès par suite de leucorrhées abondantes, de grossesses multiples ou par toute autre cause, cet état facilite beaucoup la chute de la matrice. Une autre cause est l'allongement des ligaments larges qui peuvent en arriver à permettre à l'utérus toute espèce de mouvements au lieu de le maintenir appliqué contre les parois du bassin. Il faudra donc compter parmi les causes : la conformation des parties molles et du bassin et l'allongement des ligaments larges (2).

(1) Davis, *Obstetric medicine*, t. I, p. 524, 525.

(2) Blundell, *On diseases of women*, p. 26.

A. Retzius (1) nie l'influence du relâchement des ligaments latéraux et de la partie supérieure du vagin, et il rapporte le prolapsus à la distension du péritoine par suite de la descente des intestins. Hohl (2) pense que le prolapsus est le résultat de l'affaiblissement de la puissance vitale, et il ne tient aucun compte du relâchement des ligaments ou du vagin.

Huguier, dans un mémoire très remarquable (3), s'est efforcé de

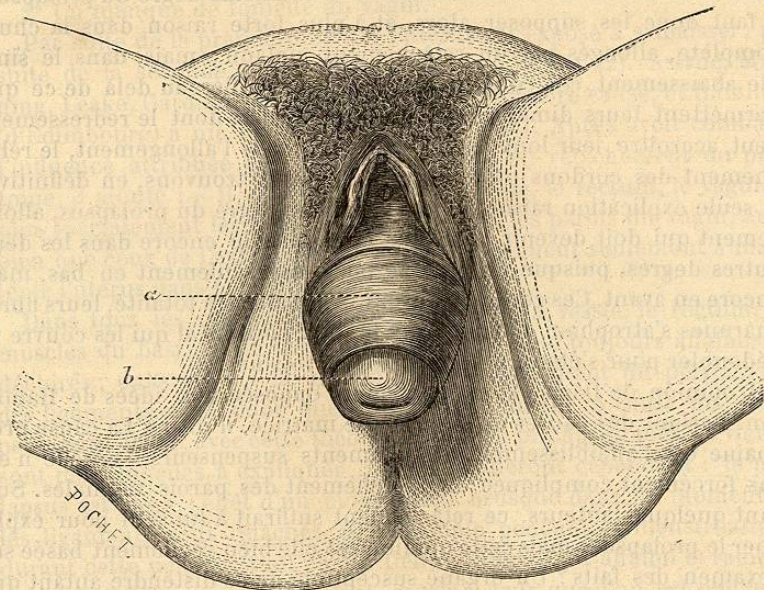


Fig. 191. — Semi-prolapsus à la suite d'un accouchement à terme (*).

démontrer que la maladie consiste principalement dans l'hypertrophie, soit du col, soit du corps de la matrice, soit des deux portions à la fois, et que généralement, sinon toujours, la partie en prolapsus n'est pas le corps de la matrice, mais le col hypertrophié. Sans aucun doute, dans beaucoup de cas, l'hypertrophie joue un rôle; elle est quelquefois même la seule cause du prolapsus, et le col est la seule partie saillante.

Cette opinion de Huguier, est admise par MM. Verneuil (4) et Gallard (5).

(1) Retzius, *Einige Worte über Gebärmuttervorfällen* (*Hygiea*, oct. 1845, et *Schmidt's Jahrbuch*, 1846, n° 9, t. LI, partie II).

(2) Hohl, *Zeitschrift für Geburtskunde*; *Ranking's Abstracts*, vol. IX, p. 190.

(3) Huguier, *Sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous le nom de descente, de précipitation de cet organe, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col suivant la variété de la maladie* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIII, p. 279).

(4) Verneuil, *Gazette hebdomadaire*.

(5) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2^e édition, 1879.

(*) a, vagin; b, museau de tanche. (BOUVIN et DUGÈS, *Atlas*, pl. IX, fig. 1.)

Sans nier l'influence du relâchement des ligaments, on peut admettre que l'état du vagin est probablement la principale cause du prolapsus. Après beaucoup d'accouchements, le canal reste dilaté et les parois sont moins résistantes qu'auparavant. Il en est encore de même après les hémorragies utérines souvent répétées, la leucorrhée et l'affaiblissement général de tout le système. Si en même temps l'utérus devient plus pesant par suite de congestion, d'hypertrophie, de tumeurs fibreuses, à la suite des avortements ou des accouchements,

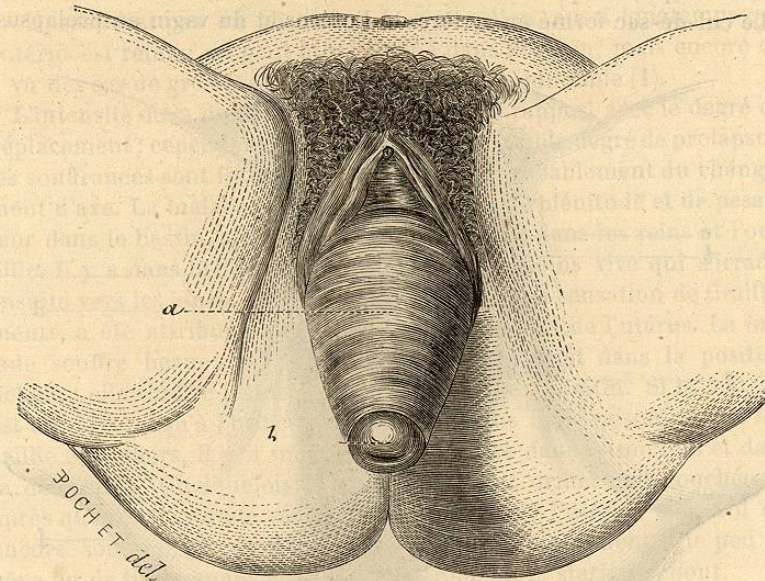


Fig. 192. — Prolapsus à la suite d'une chute (*).

on a deux causes actives de prolapsus, la maladie fera des progrès plus ou moins rapides, suivant les cas. Le plus ordinairement le premier degré s'établit lentement et graduellement, l'utérus descend à mesure que les parties cèdent, mais il arrive souvent que la chute est hâtée par un effort soudain, par un mouvement brusque, un vomissement ou une quinte de toux.

Quand l'utérus est en prolapsus externe, il conserve d'abord sa forme piriforme (fig. 191 et 192) et sa coloration normale, surtout dans les cas où l'utérus rentre dans le vagin pendant le séjour au lit; quand, au contraire, le prolapsus externe est permanent, il se produit divers changements: la muqueuse, exposée à l'air extérieur, devient plus foncée, la membrane muqueuse se couvre d'une sorte d'épiderme

(*) a, vagin renversé; b, museau de tanche. L'accident était récent. (BOUVIN et DUGÈS, *Atlas*, pl. IX, fig. 2.)

(fig. 193), et, étant exposée à diverses causes d'irritation, elle s'enflamme parfois, s'excorie ou même s'ulcère profondément.

Ces ulcérations prennent facilement un aspect gangréneux, et mettent la vie des malades en danger. Fr. Rousset (1) a vu trois cas et Elmer (2) a vu un cas de gangrène, semblables. La matrice tomba presque tout entière, et les malades guérirent cependant très bien.

Quand l'organe a été ainsi pendant longtemps en prolapsus, le col s'hypertrophie, les parois deviennent plus épaisses et la réduction devient de plus en plus difficile.

Le cul-de-sac formé en arrière de l'utérus et du vagin en prolapsus

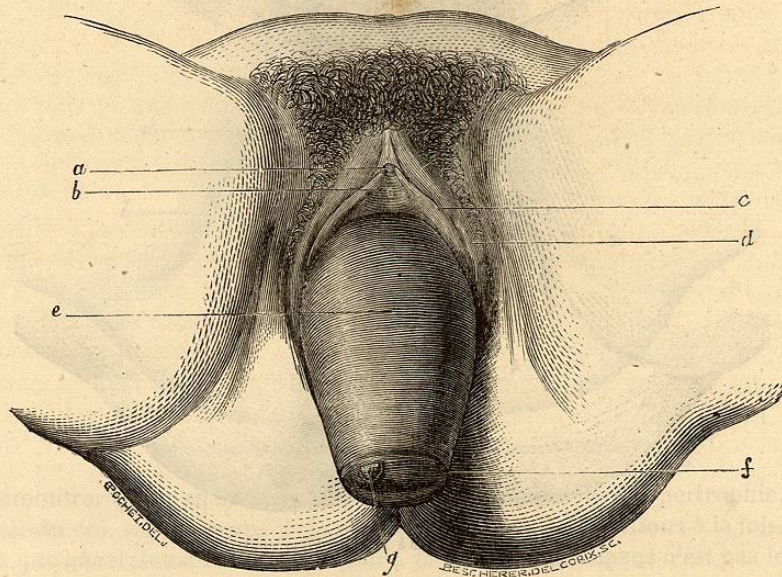


Fig. 193. — Prolapsus complet de l'utérus avec renversement du vagin passé à l'état chronique (*).

contient très souvent du liquide et parfois même une assez grande quantité d'intestins.

Si l'on examine l'abdomen avec soin, on le trouve en pareil cas plus mou et plus vide qu'à l'état normal.

(1) Rousset, *Cæsarei partus assertio historiologica*. Paris, 1590, p. 337, 353, 354.

(2) Elmer, *Annales de la littérature médicale d'Altenbourg*, t. XVI, p. 106. — *Ann. littérature méd. étrangère*, t. VI, p. 676.

(*) a, le clitoris; b, le méat urinaire; c, c, nymphes ou petites lèvres; d, d, grandes lèvres de la vulve; e, la surface muqueuse du vagin desséchée ayant pris l'aspect de la peau. Ce canal, renversé complètement, contenait la totalité de l'utérus qui était d'un très petit volume; f, petite tumeur pédiculée située à l'angle droit de l'orifice du museau de tanche; g, l'épithélium du museau de tanche excorié laisse à nu la portion de muqueuse qui recouvre cette extrémité vaginale du col utérin. (Bovrin et Ducès, *Atlas*, pl. X, fig. 2.)

§ IV. — Symptômes.

Les symptômes sont surtout mécaniques, par suite de la pression exercée par l'utérus en prolapsus sur les autres organes, parce que ces organes sont entraînés avec l'utérus, ou enfin parce qu'il y a sympathie entre l'utérus et ces organes. Il est à remarquer que le prolapsus trouble fort peu les fonctions utérines. La menstruation, quoique quelquefois troublée, dans la majorité des cas, se fait très régulièrement, et il est rare de rencontrer des hémorragies : non seulement le prolapsus n'est pas un obstacle à la conception, aussi longtemps que l'utérus est retenu ou peut être ramené dans le vagin, mais encore on a vu des cas de grossesse avec un prolapsus irréductible (1).

L'intensité de la douleur est, en général, en rapport avec le degré du déplacement : cependant quelquefois, avec un faible degré de prolapsus, les souffrances sont intenses, ce qui dépend probablement du changement d'axe. La malade accuse une sensation de plénitude et de pesanteur dans le bassin, ainsi que des tiraillements dans les reins et l'ombilic. Il y a dans le dos une douleur plus ou moins vive qui s'irradie ensuite vers les aines. Cette douleur, ainsi que la sensation de tiraillements, a été attribuée à la tension des ligaments de l'utérus. La malade souffre beaucoup, soit dans la marche, soit dans la position debout ; elle souffre beaucoup plus le soir que le matin. Si la matrice est tombée jusqu'à l'orifice vaginal, et, à plus forte raison, si elle fait saillie en dehors, il y a une grande difficulté dans la miction et dans la défécation. Quelquefois la malade ne peut uriner que couchée ou après que l'utérus a été réduit. Si bas que soit l'utérus, si le col est encore soutenu par le périnée, il n'y a ordinairement que peu de gêne ou de tiraillement pendant la marche ou la station debout.

Dans le prolapsus complet de la matrice, il est à remarquer que la santé des malades est souvent très peu altérée ; on a même remarqué que la santé générale est souvent plus troublée dans les cas de relâchement des ligaments que dans les cas de procidence complète de l'utérus et du vagin. Il y a parfois strangurie par suite d'une extension de l'inflammation de la matrice à la vessie. Tous les symptômes mécaniques sont aggravés par suite de la position ; mais si le prolapsus n'est pas complet, on obtient un soulagement entier et immédiat en mettant la malade au lit. Si le prolapsus est complet, elle ne pourra jamais marcher que d'une manière irrégulière et très gênée. Le séjour au lit fait disparaître ordinairement les sensations douloureuses, mais non pas le prolapsus lui-même. Il est rare que avec une chute de matrice les malades ne soient pas atteints de leucorrhée à un degré plus ou moins

(1) Burns, *Principles of midwifery*, 10^e édit. London, 1843, p. 148. — Jalouset fils, *Mémoire sur une opération faite à l'orifice et au col de la matrice* (*Journ. de méd. chir. et pharm.* Paris, 1775, vol. XLIII, p. 366).

prononcé. Souvent même les pertes sont assez abondantes pour affaiblir notablement toute l'économie. Il y a souvent des pertes sanguines, mais jamais en réalité de métrorrhagies.

Du reste, les liens sympathiques sont si intimes entre la matrice et l'estomac que des troubles se manifestent très vite du côté de cet organe. L'appétit devient irrégulier ou se perd totalement, l'estomac et les intestins perdent leur ressort, l'abdomen se distend par suite de tympanite; toute énergie morale tombe, toute occupation devient insupportable; la vie elle-même n'a plus aucun attrait. Il y a du reste divers degrés à cet état général. Le diaphragme est pris parfois de contractions spasmodiques, et une toux nerveuse intense se déclare. Les accidents de ce genre ont fait naître des doutes sur la cause des accidents dyspeptiques dans les cas de prolapsus. Hamilton se demande si ces accidents dyspeptiques doivent bien être rapportés au prolapsus? s'ils ne seraient pas plutôt la conséquence du traitement adopté surtout parmi les femmes de la société (1)? La réponse est facile; les mêmes accidents dyspeptiques sont très fréquents parmi les femmes du peuple qui ont résisté jusqu'au bout. Meigs a rapporté trente observations de sensibilité névralgique exagérée de tout l'abdomen: on aurait cru à une véritable péritonite. Ces accidents cessèrent aussitôt que l'utérus eut été remis en place.

Suivant le degré de déplacement, les résultats obtenus par l'examen au spéculum sont variables. A un premier degré, on trouve que l'utérus est dévié sur son axe et quelque peu déprimé. Plus tard il suffit d'écarter les grandes lèvres pour sentir l'utérus: l'orifice utérin se trouve toujours à la partie postérieure de la tumeur, qui remplit plus ou moins le bassin: quant au vagin, les parois sont flasques, distendues, et forment des plis nombreux.

Une fois le prolapsus produit, il suffit, pour le constater, d'écarter les cuisses et un peu les grandes lèvres. La matrice est généralement conique et piriforme; mais est-ce la partie supérieure de la tumeur qui est la plus large ou bien est-ce la partie inférieure? cela dépend entièrement du temps depuis lequel le prolapsus existe. Au début, le sommet du cône est en bas; dans les prolapsus chroniques le sommet est à l'orifice du vagin. Parfois l'utérus devient cylindrique et ressemble même tout à fait à la verge. Saviard (2) raconte l'histoire d'une femme qui, atteinte de prolapsus utérin, fut prise pour une hermaphrodite. « Duval fut tout à fait trompé dans le cas de la fille Maria Lemarcis par la ressemblance frappante qui existait entre un col de l'utérus et le gland d'un homme. » La dimension de la tumeur varie beaucoup: quand la matrice peut encore se réduire pendant le séjour au lit, il est rare qu'elle atteigne un volume considérable; mais quand le prolapsus est permanent,

(1) Hamilton, *Practical observat.*, p. 6.

(2) Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Paris, 1702, obs. XV.

ou bien quand la réduction est devenue impossible, soit par suite d'une inflammation, soit par suite d'un gonflement subit, la tumeur arrive à des proportions très considérables; elle devient tout à fait irréductible.

Dans tous les cas de prolapsus, l'orifice de l'utérus est à la partie inférieure de la tumeur et, comme dans les polypes, il existe souvent une fente qui ressemble à cet orifice; on devra toujours introduire une bougie pour dissiper les doutes. Sur la paroi antérieure de l'utérus se trouve la vessie, le tout étant recouvert par le vagin. La membrane muqueuse vaginale tantôt est tendue et tantôt plissée suivant le volume de la tumeur et suivant le degré de distension de la vessie.

Le cathétérisme vésical doit être ajouté aux autres moyens d'exploration et servira à indiquer les rapports de la vessie avec l'utérus. Cet organe est en effet entraîné plus ou moins dans la chute de la matrice.

§ V. — Anatomie pathologique.

Nous ne reviendrons pas sur la disposition des parties telle qu'on peut la constater sur le vivant, et qui appartient plus directement à la symptomatologie. Nous indiquerons seulement les modifications qui se sont opérées dans les rapports des organes contenus dans la cavité pelvienne, dans le cas de chute simple de l'utérus. « En avant, dit E. Q. Legendre (1), on trouve la vessie tirillée en bas et paraissant aplatie, derrière la vessie l'utérus qui n'est plus flottant dans la cavité abdominale et s'applique contre ce réservoir, sur lequel il produit une dépression. Quelquefois on n'aperçoit que le sommet du corps. Entre la vessie et l'utérus, le cul-de-sac péritonéal antérieur, qui n'est pas toujours très prononcé, tandis que le postérieur s'enfonce très profondément entre le rectum et l'utérus; mais ces deux organes sont encore en rapport immédiat appliqués l'un contre l'autre, pressés pour ainsi dire, puisque la plus grande partie des organes du bassin est descendue pour occuper une région plus petite. En arrière, le rectum offre une certaine rectitude dans sa partie inférieure, disposition due à la tension de la tunique péritonéale. Sur les côtés du corps de l'utérus, les ovaires et les trompes souvent atteints d'altérations pathologiques de chaque côté, les replis péritonéaux, des ligaments larges se portant obliquement en arrière et en dehors, et ayant une direction rectiligne, disposition qui indique leur déplacement et un certain degré de tension. En avant, les ligaments ronds dont le trajet est aussi direct au lieu d'être flexueux. Enfin, en arrière, deux cordons réguliers faisant saillie sur les côtés du rectum et descendant en arrière des ovaires, représentent les ligaments utéro-sacrés (plis de Douglas); on peut les suivre jusqu'à

(1) E. Q. Legendre, *De la chute de l'utérus*, thèse de concours d'agrégation. Paris, 1860, p. 43.