

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.

la partie supérieure du bassin, dans les régions sacrées et lombaire, où ils s'étendent en éventail (fig. 194).

Du côté de la vulve, nous trouvons une tumeur d'un certain volume

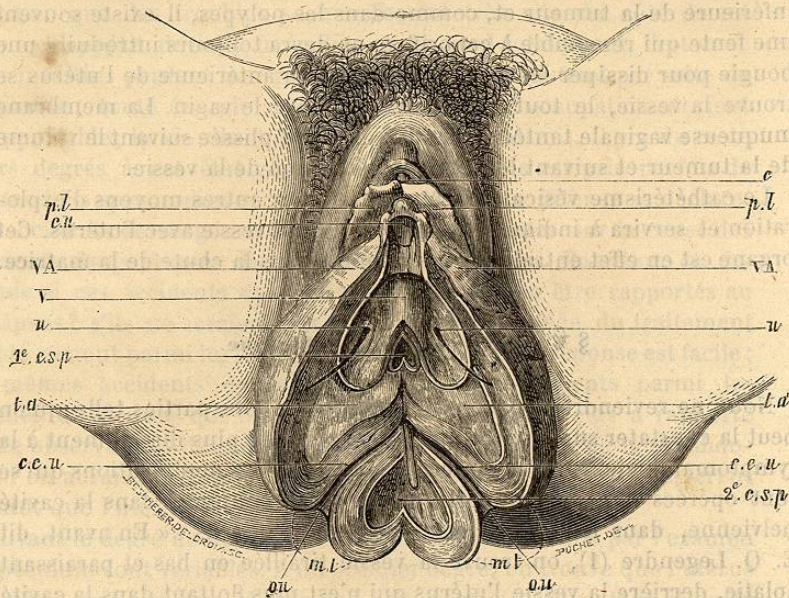


Fig. 194. — Descente de l'utérus. Changements de rapports que subissent les parties déplacées : section médiane antéro-postérieure de la tumeur formée par le vagin renversé (\*).

qui écarte les grandes lèvres. Nous pouvons constater qu'elle est plus ou moins réductible, et dans ce cas, l'abdomen étant ouvert, on suit

(\*) En procédant de haut en bas, on voit : 1° coupe du canal de l'urèthre *c, u*, dont la paroi inférieure a été divisée en même temps que le vagin ; ce canal a suivi dans son déplacement la paroi antérieure du vagin dans l'épaisseur de laquelle il est comme creusé, et sa direction est oblique de haut en bas au lieu d'être oblique de bas en haut ; 2° au-dessous du canal de l'urèthre, portion de vessie *V* qui a été également entraînée par la paroi antérieure du vagin. Sur la paroi postérieure de cette portion de vessie herniée, qui appartient à la base de l'organe, se voient les orifices des urètères *u, u* ; 3° la paroi postérieure de la portion de vessie déplacée ayant été divisée sur la ligne médiane, on est arrivé à un cul-de-sac formé par le péritoine 1° *c s p* ; 4° plus en arrière, l'espèce de cul-de-sac formé par la paroi antérieure du vagin et par la région antérieure de l'utérus : par le vagin qui se porte de haut en bas, par l'utérus qui se porte de bas en haut. L'intervalle qui sépare la portion de vessie déplacée du vagin et de l'utérus est occupé par du tissu adipeux *t a* ; 5° plus en arrière encore coupe médiane du museau de tanche et du col utérin, l'orifice *o u* du museau de tanche *m t*, le demi-canal *c c u* qui résulte de la coupe de la cavité du col utérin. Un stilet, introduit de bas en haut à la faveur de ce demi-canal, pénètre dans la cavité du corps de l'organe ; 6° enfin, tout à fait en arrière, cul-de-sac formé par la face postérieure de l'utérus et par la paroi postérieure du vagin, cul-de-sac par le péritoine 2° *c s p*. Ce second cul-de-sac péritonéal est très superficiel, et il suffirait, pour y arriver, de diviser la paroi postérieure du vagin. — La même figure permet de voir la continuité de l'utérus, d'une part avec la paroi antérieure du vagin, d'une autre part avec la paroi postérieure du même conduit : l'aspect du tissu du vagin et de l'utérus est le même, et la ligne de démarcation entre l'utérus et le vagin n'est pas à beaucoup près aussi marquée que dans l'état naturel. Je ferai remarquer, bien que cette circonstance anatomique soit étrangère à l'objet qui nous occupe, que cette figure donne une idée très exacte du mode de continuité des petites lèvres avec le petit tubercule *c*, qui constitue l'extrémité terminale du clitoris. (CRUVEILHIER, *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1835-1842, XXVI<sup>e</sup> livraison, pl. IV, fig. 1.)

mieux la continuité des organes internes qui sont sortis en partie à l'extérieur. Quant à sa forme, à sa coloration, à sa consistance, ces signes physiques sont plus nettement caractérisés chez le vivant ; nous les avons indiqués dans la symptomatologie.

Cette disposition générale des organes est surtout évidente, lors-

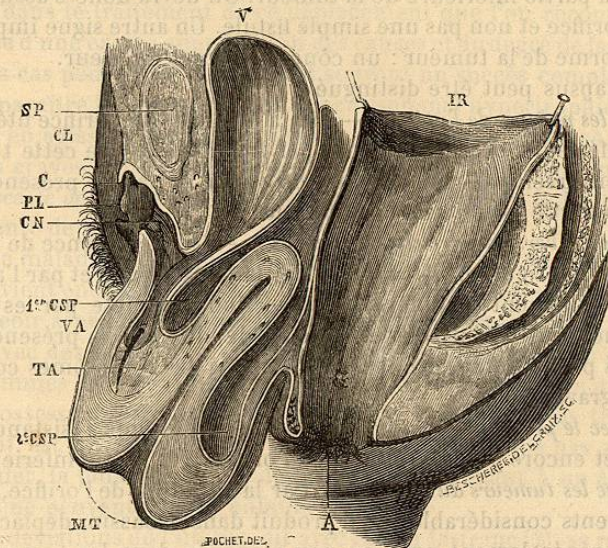


Fig. 195. — Vue de profil, coupe verticale antéro-postérieure de la tumeur et du bassin qui rendent sensibles les rapports des parties déplacées (\*).

qu'on a pratiqué une coupe longitudinale antéro-postérieure de la région du périnée : on saisit alors dans leur ensemble les rapports de l'utérus, sa direction, son allongement, les *diverticulum* que la vessie et le rectum envoient dans la tumeur, les prolongements du péritoine entre tous ces organes, la direction du canal de l'urèthre, le renversement du vagin, la nouvelle configuration du périnée (fig. 195).

(\*) En procédant ainsi d'avant en arrière, on trouve : 1° paroi antérieure du vagin *VA* ; 2° coupe du canal de l'urèthre, dont on peut parfaitement apprécier la direction oblique de haut en bas, la concavité légère en bas, tandis que dans l'état naturel sa concavité est dirigée en haut et sa direction oblique de bas en haut ; 3° la portion de vessie déplacée, et sa continuité avec la portion de vessie restée en place, et qui elle-même a acquies une grande capacité. On voit manifestement par la présence des orifices d'urètères que la partie déplacée est le bas-fond de la vessie. Il ne pouvait pas en être autrement puisque c'est ce bas-fond qui adhère fortement à la face antérieure du vagin, adhésion d'autant moins intime d'ailleurs qu'on s'éloigne davantage du canal de l'urèthre ; 4° derrière la vessie est le premier cul-de-sac péritonéal 1° *C S P* ; 5° derrière ce cul-de-sac, la coupe de l'utérus, dont le diamètre vertical est notablement augmenté, dont l'extrémité inférieure présente un renflement considérable, et dont la cavité forme un canal étroit et régulier ; 6° derrière l'utérus, le deuxième cul-de-sac péritonéal 2° *C S P*, le péritoine revêtant le cul-de-sac formé par l'utérus et par la paroi postérieure du vagin ; 7° derrière la tumeur formée par le vagin renversé, se voit la coupe d'une espèce de rigole profonde formée par la paroi postérieure du vagin réfléchie sur elle-même : en effet, tandis que la paroi antérieure du vagin s'est déplacée dans toute sa hauteur, la paroi postérieure a résisté dans toute sa partie inférieure et conserve les rapports qu'elle affecte avec le rectum ; 8° enfin, la cavité du rectum, qui n'a nullement participé au déplacement. (CRUVEILHIER, *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1835-1842, XXVI<sup>e</sup> livr., pl. IV, fig. 2.)

## § VI. — Diagnostic.

Outre les autres symptômes du prolapsus, il en est un qui est décisif et que l'on retrouve à tous les degrés : c'est l'existence de l'orifice utérin à la partie inférieure de la tumeur. On devra donc s'assurer que c'est cet orifice et non pas une simple fistule. Un autre signe important, c'est la forme de la tumeur : un cône à sommet inférieur.

Le prolapsus peut être distingué :

I. *Avec les polypes de l'utérus.* — Par la présence de l'orifice utérin à la partie inférieure de la tumeur et par la sensibilité de cette tumeur ; par le renversement concomitant du vagin et par la présence de la vessie à la partie antérieure de la tumeur.

II. *Avec l'inversion partielle de l'utérus.* — Par la présence de l'orifice à la partie inférieure de la tumeur ; par la surface lisse et par l'absence de tout écoulement. Il diffère de l'inversion complète par les mêmes signes que nous venons d'énumérer et, de plus, par la présence de la vessie à la partie antérieure, et par l'absence des symptômes constitutionnels graves.

III. *Avec le prolapsus vaginal.* — Par la plus grande résistance de la tumeur, et encore par la présence de l'orifice à la partie inférieure.

IV. *Avec les tumeurs du bassin.* — Par la situation de l'orifice, par les déplacements considérables qu'il produit dans le bassin, déplacements qui sont généralement nuls ou peu marqués dans les tumeurs pelviennes.

V. *Avec l'allongement hypertrophique du col.* — Dans ce dernier cas, on constatera par le toucher vaginal et rectal la présence du corps de l'utérus dans la cavité du bassin, et le cathétérisme utérin, pratiqué avec soin, montrera que, dans le prolapsus simple, la cavité utérine a conservé ses dimensions normales. Si quelquefois la mensuration faite pendant que l'utérus est au dehors indique un allongement marqué, il faudra, suivant le conseil d'Aran, recommencer l'observation après avoir réduit l'utérus. Plusieurs fois, dans ce cas, il a trouvé que l'allongement était plus apparent que réel, et que l'utérus mesurait après la réduction ses dimensions normales. Il est inutile d'insister plus longtemps ici sur ce diagnostic qui a été fait avec tous les détails qu'il comporte, dans le chapitre consacré à l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col (Voy. page 380).

## § VII. — Traitement.

Si la maladie est abandonnée à elle-même, les symptômes iront toujours en s'accroissant, et la malade mourra épuisée par les pertes abondantes et les désordres consécutifs de l'estomac. Ou bien les parties con-

tenues dans le vagin en inversion se trouvant plus exposées aux influences extérieures s'enflammeront, et la malade mourra encore d'accidents aigus. De semblables terminaisons sont rares, et il est beaucoup plus ordinaire de voir les malades traîner une existence misérable pendant de longues années, jusqu'au jour où elles succombent à une affection intercurrente (1).

C'est dans le traitement de ce déplacement que l'on reconnaît l'importance d'une exacte appréciation des causes et du degré de la maladie. Dans les cas peu graves, on obtient souvent un succès complet en faisant disparaître les tendances à la congestion ou l'hypertrophie utérine, ou bien en agissant directement sur la membrane muqueuse. Dans les cas plus graves, il faut avoir recours au traitement mécanique.

I. *Descente de matrice.* — Nous examinerons d'abord le traitement de la descente de matrice.

Si une malade qui a souffert antérieurement d'une descente de matrice devient enceinte, on devra lui interdire de quitter son lit ou même de s'asseoir avant que les parties soient revenues à leur position naturelle. Avec des soins et un séjour au lit plus prolongé que de coutume, nous sommes arrivés à guérir un grand nombre de malades qui, avant leur grossesse, avaient été atteintes de prolapsus. Ce traitement préventif est en général suivi de succès ; mais on n'a pas souvent à l'appliquer, la plupart des cas de prolapsus survenant à un âge où les femmes ne peuvent avoir d'enfants.

« Les déviations de l'utérus, dit avec raison Lisfranc (2), se rattachent aux engorgements de cet organe et en dépendent généralement. On a considéré ces déplacements comme une maladie essentielle, et, en les attaquant sans avoir égard à l'engorgement utérin, ou n'a fait que traiter le symptôme, aussi a-t-on bien rarement obtenu la guérison. Nous avons touché des milliers de femmes, et jamais, jusqu'à ce jour, nous n'avons trouvé de déviation sans engorgement. C'est donc cette affection dernière qu'il faut combattre par les moyens indiqués, et, l'engorgement dissipé, l'utérus revient à sa position normale, ou à peu près, à moins qu'il n'existe un déplacement très considérable. »

Dans les cas ordinaires, le premier remède à employer, c'est le repos dans la position horizontale et prolongée aussi longtemps que possible. Si, par ce moyen, on n'arrive pas à guérir le relâchement du vagin et des ligaments, on l'empêche du moins de s'accroître. Quand il y a quelque peu d'hypertrophie, nous nous sommes très bien trouvés de toucher deux fois par semaine le col utérin avec une teinture d'iode ; nous prescrivions en même temps les injections froides ou astringentes une ou deux fois par jour pendant plusieurs mois. Deux ou trois fois par jour encore on lavera les organes génitaux et l'anus avec de l'eau

(1) Clarke, *On diseases of females*, vol. I, p. 86.

(2) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 526.