

tement en conséquence. En général, l'état d'anémie des malades défend les émissions sanguines trop abondantes.

Les femmes affectées d'une flexion de la matrice sont, ainsi que nous l'avons signalé, tourmentées par des coliques utérines et du ténésme

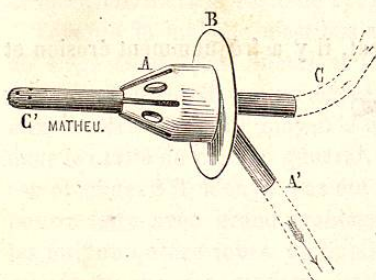


Fig. 154. — Irrigateur vaginal de ARAN (*).

vésical. De tous les moyens que l'on a préconisés contre les coliques, les lavements opiacés sont les plus utiles. On pourra aussi faire prendre des bains tièdes partiels ou généraux. Quant au ténésme vésical, les narcotiques pris à l'intérieur, les cataplasmes et les fomentations sur l'hypogastre, l'application de pommades opiacées ou belladonnées, du chloroforme; s'il n'y a pas contre-indication, des bains de siège et des injections tièdes modéreront les douleurs. Quant aux médicaments internes, ils n'ont assurément aucune efficacité directe contre les déplacements de l'utérus; ils ne s'adressent qu'aux accidents généraux secondaires, et à ce titre ils ne doivent pas être négligés. C'est ainsi que, dans les cas où il y a de l'anémie, il faut avoir recours aux préparations ferrugineuses, et l'on prescrira encore avec avantage diverses eaux minérales, soit comme bains, soit comme boissons. Il faudra apporter une attention toute particulière aux fonctions du rectum. La défécation devra être toujours régulière et facile; la constipation opiniâtre qui accompagne si souvent l'affection pourrait aggraver le mal et amener, en outre, divers accidents hémorrhoidaux. Les pertes de sang qui en seraient la suite exerceraient encore l'influence la plus fâcheuse sur l'état de la malade.

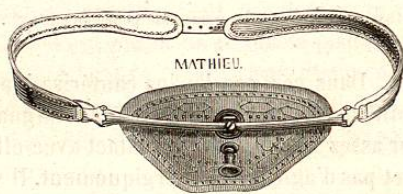


Fig. 155. — Ceinture hypogastrique (**).

Il reste encore à mentionner un appareil qui, bien appliqué, diminue les douleurs provoquées par les flexions: c'est la ceinture hypogas-

(*) C, C', tube horizontal destiné à conduire l'eau dans le vagin; A, A', tube inférieur, à direction oblique, destiné à faire ressortir l'eau; B, plaque qui est traversée par les deux tubes et qui, appliquée sur la vulve, empêche le liquide de se répandre dans le lit et le maintient dans le vagin.

(**) La plaque se meut au moyen d'une clef de manière qu'on peut par ce mécanisme lui donner plus ou moins d'inclinaison.

trique (fig. 155). Elle entoure fortement les reins et est munie d'une pelote qui presse sur l'abdomen, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, et repousse ainsi en arrière les organes déplacés. Il faut seulement avoir soin que cette pelote exerce une pression modérée et ne fasse que soutenir l'utérus dans les cas d'antéflexion du corps, comme pourrait le faire la main du chirurgien. Une pelote trop saillante ou mal construite manquerait entièrement le but qu'on se propose et repousserait l'utérus vers le vagin: en pareil cas, les douleurs, au lieu d'être soulagées, seraient augmentées.

Dans la rétroflexion, la ceinture hypogastrique a une action moins directe; elle ne doit pas cependant être négligée: elle soulage encore la malade en fixant l'organe affecté, et elle soutient en partie la masse intestinale qui vient presser sur l'utérus.]

CHAPITRE XII

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS (1)

Ce genre de déplacement a été 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 de la plus grande importance de bien connaître la position normale de l'utérus: « A l'état sain, en dehors de la grossesse, dit sir

(1) BIBLIOGRAPHIE: Rulin, *Diss. de uteri lapsu* (Haller, *Disputationes chirurgicae*, t. III). — J. Eilhard Reinick, *Diss. de uteri delapsu*. Gedani, 1732 (Haller, *Disputationes*, t. III). — J. Fr. Oslander, *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 prolapsus 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.

Clarke (1), 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 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. 156). Les anciens n'admettaient pas la possi-

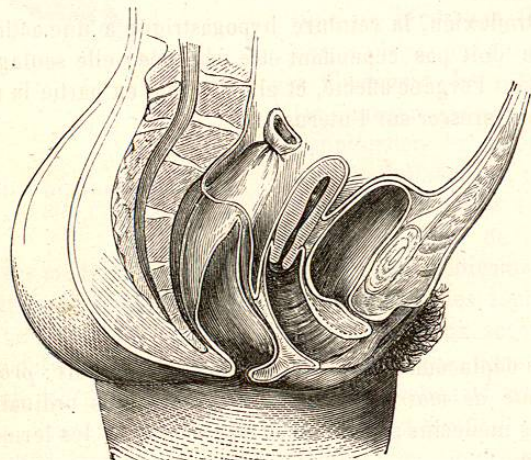


Fig. 156. — Coupe antéro-postérieure des organes, au point de vue des rapports du péritoine avec l'utérus et le vagin. (Lucien PENARD.)

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

Ainsi que je l'ai dit dans la considération de la position normale de l'utérus, 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.

§ I. — 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. J'ai 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

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

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.

[[La tumeur, saillante à la vulve et décrite sous le nom 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 tirailé (2).

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'orifice 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 (3).

La distinction proposée par Manning est cependant suffisante, car il

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

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

(3) 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).