

piriforme (fig. 157 et 158) 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 recouvre d'une sorte d'épiderme (fig. 159), et, étant exposée à diverses causes d'irritation, elle s'enflamme parfois, s'excorie ou même s'ulcère profondément.

OBSERVATION II. — J'ai eu à soigner une malade atteinte d'un prolapsus énorme, et chez laquelle le col de l'utérus présente ainsi cinq à six points d'ulcération.

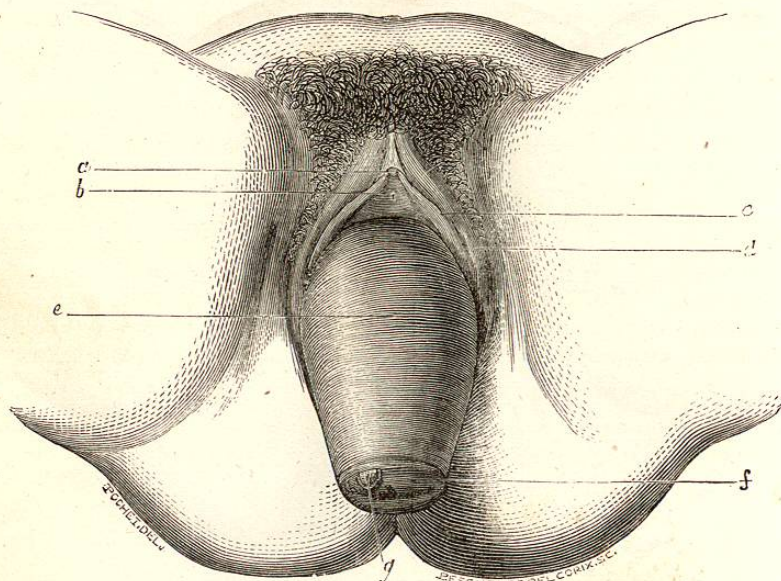


Fig. 159. — Prolapsus complet de l'utérus avec renversement du vagin passé à l'état chronique (\*).

Il est connu que 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 guérissent cependant très-bien.

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

(2) Elmer, *Annales de la littérature médicale d'Allenbourg*, 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 laissé à nu la portion de muqueuse qui recouvre cette extrémité vaginale du col utérin. (Boivin et Ducès, *Atlas*, pl. X, fig. 2.)

OBSERVATION III. — Une dame avancée en âge, et qui avait été atteinte depuis longtemps de prolapsus utérin, vit se déclarer de la gangrène, et un jour, à la suite d'une promenade en voiture, elle s'aperçut tout à coup que l'organe tout entier était en dehors de la vulve. M. Elmer, appelé aussitôt, reconnut que la malade avait de la fièvre, une sensibilité marquée dans le ventre, une grande faiblesse et des douleurs dans les reins. L'utérus, déplacé, avait acquis des dimensions énormes: il était noir, exhalait une odeur fétide, et présentait tous les caractères d'une gangrène au premier degré. Trois jours après commença la période d'élimination, et en quelques jours elle était achevée. La fièvre et la douleur cessèrent, les forces de la malade revinrent, et elle se rétablit entièrement.

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

OBSERVATION IV. — Chez une pauvre femme nommée Watkins, qui mourut au *Workhouse* de Kensington, les parties en prolapsus mesuraient plus de 15 pouces de circonférence et plus de 6 1/2 de longueur. On constata ensuite que, dans la tumeur, il y avait, outre l'utérus, la vessie, le méat urinaire, une portion du rectum, les trompes de Fallope et l'intestin grêle (1).

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

#### § 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 hémorrhagies: 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 (2).

L'intensité de la douleur est en général en rapport avec le degré du dé-

(1) Hamilton, *Practical observ.*, part. I, p. 4.

(2) Burns, *Principles of midwifery*, 10<sup>e</sup> édit. London, 1813, 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).

placement : cependant quelquefois, avec un faible degré de prolapsus, les souffrances sont intenses, ce qui dépend probablement du changement d'air. 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 (fig. 160), 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 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)?

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

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.

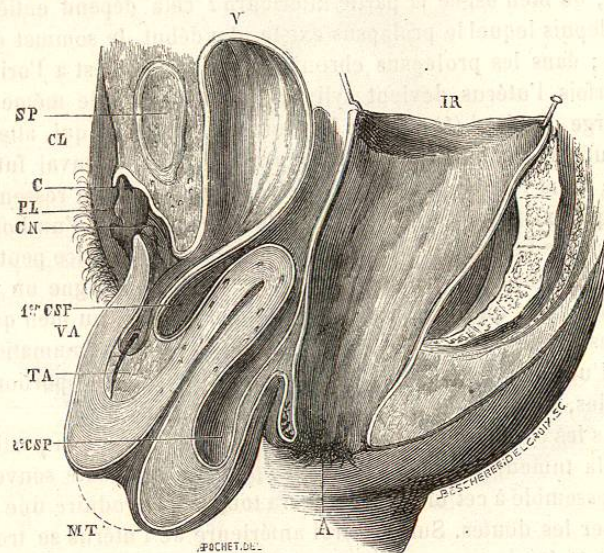


Fig. 160, vue de profil, coupe verticale antéro-postérieure de la tumeur et du bassin, qui rendra bien plus sensibles encore les rapports des parties déplacées (\*).

Suivant le degré du 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'écartier 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 :

(\*) En procédant d'avant en arrière, on trouve 1° paroi antérieure du vagin VA; 2° coupe du canal de l'urètre, 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 acquis une grande capacité. On voit manifestement par la présence des orifices d'uretères 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'urètre; 4° Derrière la vessie est le premier cul-de-sac péritonéal 1er CSP; 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 2e CSP, 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 réfléchi sur elle-même : en effet, tandis que la paroi antérieure du vagin s'est déplacée dans toute sa hauteur, la paroi postérieure arévisité 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. (CRUYLIER, *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1835-1842, XXVI<sup>e</sup> livr., pl. IV, fig. 2.)

quant au vagin, les parois sont flasques, distendues, et forment des plis nombreux.

Une fois le prolapsus produit, il suffit, pour le constater, d'écartier 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 (1) 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, 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 (2), on trouve la vessie tiraillée 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'aper-

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

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

çoit 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

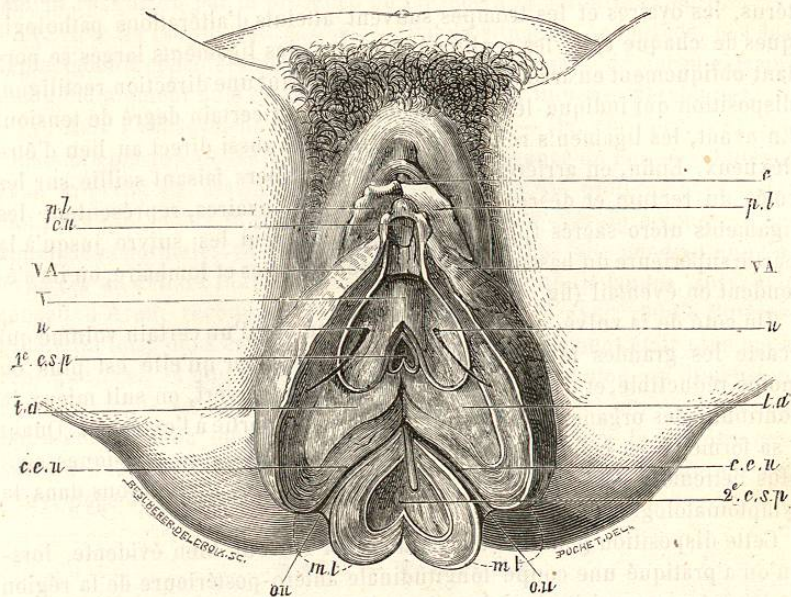


Fig. 161. — Descente de l'utérus. Changements de rapports que subissent les parties déplacées: section médiane antéro-postérieure de la tumeur formée par le vagin renversé (\*).

deux organes sont encore en rapport immédiat appliqués l'un contre l'autre, pressés pour ainsi dire, puisque la plus grande partie des organes

(\*) 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 uretères *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<sup>er</sup> *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 *ou* du museau de tanche *m t*, le demi-canal *c e u* qui résulte de la coupe de la cavité du col utérin. Un stylet, 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<sup>o</sup> *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.)

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 la partie supérieure du bassin, dans les régions sacrées et lombaire, où ils s'étendent en éventail (fig. 161).

Du côté de la vulve, nous trouvons une tumeur d'un certain volume 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 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 indiquerons dans la symptomatologie.

Cette disposition générale des organes est surtout bien évidente, lorsqu'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 péritoire entre tous ces organes, la direction du canal de l'urèthre, le renversement du vagin, la nouvelle configuration du périnée.

#### § 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 384.)]]

#### § VII. — Traitement.

Si la maladie que nous venons de décrire 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 contenues 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, de toute nécessité, 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'as-

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