

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 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

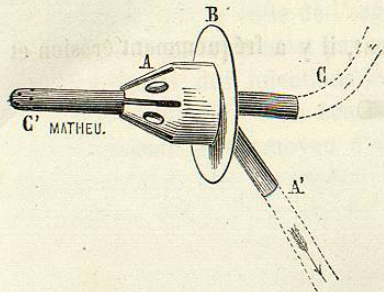


Fig. 154. — Irrigateur vaginal de ARAN (*).

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.

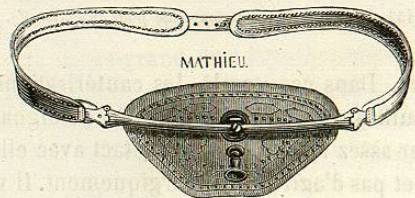


Fig. 155. — Ceinture hypogastrique (**).

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 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*. Gottingæ, 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 prolapsu curandi methodorum*. *Comm. med. chir.* Berlin, 1838. — Carl. Mayer, *Beitrag zur Kenntniss. und Behandlung des Prolapsus Uteri* (*Verh. der Ges. f. Gebisk.*, 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-

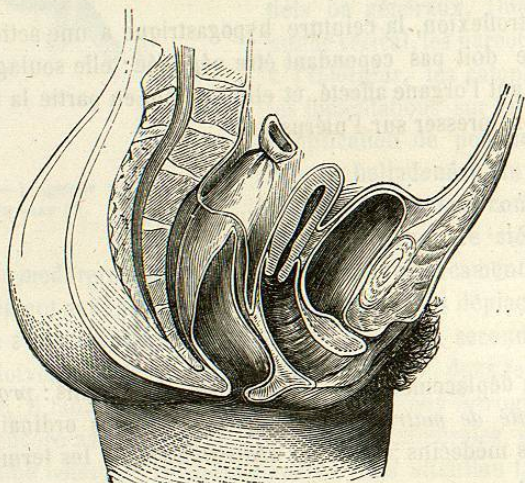


Fig. 156. — Coupe antéro-postérieure des organes, au point de vue des rapports du péritoine avec l'utérus et le vagin. (Lucien PENARD.)

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 tirillé (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).

n'est pas toujours facile de distinguer entre la dépression et la procidence. Il admet deux degrés : le *prolapsus complet*, le *prolapsus incomplet* ; 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.

I. *Causes occasionnelles*. — 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. 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 hydatices, le squirrhe, etc. ;

3° Dans les premiers temps de la grossesse, l'augmentation de poids de l'utérus prédispose au prolapsus. Gruhn rapporte l'exemple suivant :

OBSERVATION I. — Une femme âgée de vingt-cinq ans, qui, arrivée au quatrième mois de sa grossesse, fut atteinte de prolapsus à la suite d'un effort violent : la grossesse n'en marcha pas moins bien jusqu'à son terme. Quand Gruhn la vit, il y avait trente-six heures que le travail était commencé, et vingt-quatre heures que les eaux étaient percées. L'utérus pendait entre les cuisses de la malade. L'enfant se présentait par la tête, et l'ouverture du col avait le diamètre d'une pièce de 2 francs. Ne pouvant obtenir une plus grande dilatation, Gruhn fit de chaque côté du col une incision étendue d'un pouce, et il put extraire un enfant mort, mais bien conformé. L'extraction du placenta fut accompagnée d'hémorrhagies très-abondantes, que l'on arrêta avec des injections d'eau froide. L'utérus fut réduit, et tout marcha ensuite bien.

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).

(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.

Les auteurs ont rapporté beaucoup de cas de ce genre (1) ;

4° Au moment du travail, l'accident peut encore se produire si le bassin est large, et si les douleurs sont très-vives.

Ducreux (2), Leake (3), Nauche (4), R. B. Sabatier (5), Capuron (6), Portal, Shaw (7), Merriman, Davis, Haughton (8), 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 ;

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 (9).

II. *Causes immédiates*. — Quant aux causes immédiates ou pathologiques de ce déplacement, 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 (10). 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

(1) *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.

(2) Ducreux, in Sabatier, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, vol. III, p. 268.

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

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

(5) Sabatier, *Mémoire sur les déplacements de la matrice* (*Mém. de l'Académie de chirurgie*, 1743, t. III).

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

(7) Shaw, *Mem. of med. Soc.*, vol. I, p. 113.

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

(9) Wagner, *Biblioth. méd.*, vol. XIII, p. 114.

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

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 (1).

A propos du prolapsus au début, Boivin et Dugès (2) 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 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, 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 (3) 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

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

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

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

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'affaiblissement 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 (1). A. Retzius (2) 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 (3) 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.

M. Huguier, dans un mémoire très-remarquable (4), s'est efforcé de 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. J'ai vu chez une malade un col hypertrophié qui avait 4 pouces de long, et par la percussion l'on constatait que l'utérus était encore dans le bassin. Mais je ne puis admettre avec M. Huguier que telles soient les conditions ordinaires; d'ailleurs, par l'emploi de la sonde utérine, on établit un diagnostic positif.

[[Cette opinion de M. Huguier, vivement combattue par M. Depaul, est admise par MM. Verneuil (5) et Gallard (6). Quant à nous, nous pensons avec ces auteurs, et contrairement à M. Churchill, que la tumeur saillante

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

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

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

(4) 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).

(5) Verneuil, *Gazette hebdomadaire*.

(6) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1873.