

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'écartent 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.

soir avant que les parties soient revenues à leur position naturelle. Avec des soins et un séjour au lit plus prolongé que de coutume, je suis arrivé à guérir un grand nombre de malades qui, avant leur grossesse, avaient été atteints 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 (1), 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, on 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, je me suis très-bien trouvé de toucher deux fois par semaine le col utérin avec une teinture concentrée d'iode; je prescrivais en même temps les injections foides 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 très-froide, et l'on ferait matin et soir, dans le vagin, une injection avec la valeur d'un demi-litre d'eau froide. Pendant l'injection, qui sera faite lentement et doucement, la malade restera couchée dans son lit.

Les médicaments astringents doivent être essayés; dans beaucoup de cas ils ont rendu de grands services. On en a recommandé plusieurs espèces. Plusieurs auteurs ont repoussé les astringents métalliques comme pouvant produire une irritation sur la muqueuse, et ils recommandent surtout les astringents végétaux. Cet accident est cependant assez rare. Les médicaments les plus utiles sont le sulfate de zinc ou de cuivre (2 grammes pour 60 grammes d'eau), le nitrate d'argent (1 ou 2 grammes pour 80 grammes d'eau), l'alun (8 grammes pour 120 grammes d'eau), la décoction de thé vert, d'écorce de chêne, de noix de galle, de matico, l'infusion de roses; on pourrait aussi combiner les astringents minéraux et végétaux. Une demi-pinte ou une pinte entière de liquide astringent serait injectée à froid deux ou trois fois par jour, la malade étant couchée. Blundell (2) conseille de faire usage de poudres astringentes, de noix de

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

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

galle, par exemple. La malade pourrait plus facilement se traiter elle-même, et, de plus, la poudre resterait plus longtemps en contact avec les parties malades qu'une injection ne peut le faire.

On arrivera au même résultat et d'une manière plus avantageuse en mettant la poudre dans un petit sac de mousseline, qui sera moins irritant et qu'on pourra enlever de temps en temps. Je me suis très-bien trouvé de ce procédé. Burns (1) s'en tient aux injections astringentes, que l'on fasse ou non usage de pessaires. Boivin et Dugès (2) sont du même avis.

Hamilton (3) a fait aux injections plusieurs objections :

1° En admettant que les injections astringentes soient tout à fait inoffensives, l'auteur ne peut admettre qu'elles aient jamais donné la moindre tonicité au tissu vaginal;

2° L'irritabilité de la muqueuse vaginale est essentiellement différente chez une femme donnée, très-différente même suivant les époques. Donc il peut se faire qu'une injection astringente, utile un jour, devienne nuisible le lendemain;

3° L'auteur est convaincu, d'après les faits qu'il a vus, que les injections astringentes sont encore plus nuisibles pour l'utérus que pour le vagin; il est convaincu que, dans le plus grand nombre de cas d'hypertrophie chronique de l'utérus qu'il a eu à observer, sans aucun doute les injections vaginales styptiques avaient été le plus souvent la cause des accidents.

Il est facile de répondre à ces objections par la simple énumération des cas dans lesquels ces injections sont prescrites :

1° Sans aucun doute, toute inflammation aiguë du vagin sera notablement aggravée par l'emploi des astringents;

2° La congestion ou l'inflammation chronique de la matrice est un obstacle à l'emploi des injections; mais, en pareil cas, la disparition de la maladie amène du même coup la guérison du prolapsus;

3° Le degré de concentration de l'injection astringente sera variable suivant le degré d'irritabilité du vagin; si l'on voit survenir la moindre douleur, les injections devront être abandonnées immédiatement.

Les injections peuvent cependant ne pas suffire pour guérir la maladie, auquel cas nous devons avoir recours aux supports mécaniques; mais jamais on ne devra s'y décider chez les jeunes femmes avant d'avoir tenté de guérir la cause même du déplacement. Dans quelques cas où l'axe de l'utérus était complètement dévié, j'ai obtenu un soulagement immédiat et permanent à l'aide du pessaire de Hodge. Il agit sans doute en ramenant l'utérus à une position normale.

L'amélioration de la santé aura souvent une influence très-grande sur les

(1) Burns, *Principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 144.

(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 99.

(3) Hamilton, *Practical observations*, p. 17.

prolapsus, en sorte qu'il faut toujours tenir grand compte de l'état général. Les pilules bleues, quelques purgatifs aromatiques, des toniques, une bonne nourriture, et pour les femmes des villes un séjour à la campagne, seront les moyens de traitement les plus utiles.

II. *Prolapsus confirmé.* — Quand le médecin est appelé pour un cas de prolapsus complet, que l'utérus est pendant entre les cuisses, son premier devoir est de tenter la réduction. En général, la chose est facile : l'utérus est peu à peu pressé et refoulé avec douceur et forcé tout à la fois, par la main antérieurement enduite d'huile. Une fois l'organe rentré dans le vagin, avec un ou deux doigts on le replace autant que possible dans la position normale. Il faudrait seulement s'assurer avec un soin tout spécial si jamais les parties internes de la tumeur ont été enflammées. En pareil cas, il devrait y avoir intérieurement des adhérences par de la lymphe plastique, et rompre brusquement ces adhérences, ce serait faire courir à la malade les plus grands dangers. Si donc il y a eu quelques douleurs persistantes dans la tumeur ; si, surtout, avec les douleurs, il y a eu les symptômes généraux ordinaires d'une inflammation péritonéale, tels que soif, langue chargée, pouls petit et rapide, tension et sensibilité de l'abdomen, vomissements ; en pareil cas, dis-je, aucune tentative de réduction ne devrait être faite (1).

Pour opérer la réduction, il faut placer la malade de manière à ce que le siège soit plus haut que la tête ; de cette manière, on supprime l'effet de la pesanteur des intestins. La malade couchée droite, de manière à ne pouvoir se roidir ni contracter ses muscles abdominaux : le médecin applique alors l'index et le pouce sur la partie inférieure de la tumeur, là où se trouve l'orifice, et, par une pression douce et continue, il tend à repousser cet orifice dans le centre de la matrice. Ce premier point obtenu, la pression est continuée sur toutes les autres parties de l'organe, jusqu'à ce qu'elles soient toutes ramenées à leur position naturelle dans le bassin. On introduit alors un pessaire dans le vagin, et la malade doit rester couchée avec le siège élevé pendant plusieurs heures. Si l'utérus était considérablement tuméfié, la réduction immédiate peut être très-difficile et même impossible, et il peut se faire qu'en pareil cas on soit obligé de tirer du sang, de donner quelques purgatifs, de placer la malade dans un bain chaud, et de faire sur l'organe déplacé des fomentations chaudes. Si ces divers moyens, combinés avec le repos absolu dans la position horizontale, viennent à échouer, on pourrait appliquer sur la tumeur quelques sangsues ou pratiquer une ou plusieurs incisions dans la substance même de l'utérus. Jalouset (2), Berchelman (3) et Labatt (4) ont usé de ce pro-

(1) Clarke, *On diseases of females*, vol. I, p. 124.

(2) Jalouset, *Mémoire sur une opération faite à l'orifice et au col de la matrice* (*Journal de médecine*, Paris, 1775, t. XLIII, p. 366).

(3) Berchelman, *Med. Comment.*, vol. II, p. 43.

(4) Labatt, *Dublin, med. and phys. essays*, Vol. I, p. 245.

cédé avec succès. Il est bien entendu qu'il faut éviter avec grand soin de blesser le péritoine.

Si le prolapsus est ancien et que l'utérus soit très-volumineux, il arrive quelquefois que la réduction entraîne plus de troubles que le prolapsus même. Richter (1) a rapporté un fait à l'appui de cette proposition. La malade, une fois l'utérus réduit, ressentit un malaise considérable, des douleurs aiguës dans les intestins et fut obstinément constipée. Il fut nécessaire de laisser retomber l'utérus en prolapsus pour la soulager de ses tortures. [[Les douleurs qui surviennent alors indiquent que l'on n'a pas affaire à un prolapsus véritable, mais bien plutôt à un allongement hypertrophique. M. Huguier a en effet démontré que dans le prolapsus véritable, la malade, loin d'éprouver de la douleur, ressent au contraire du soulagement quand la réduction est faite ; tandis qu'il survient des douleurs et de la gêne après cette même réduction dans le cas d'allongement hypertrophique, par suite de la compression des organes par le col devenu volumineux.]]

Bobé Moreau pense que la pression exercée par un bandage est le seul moyen de guérir un cas de prolapsus ancien, et ce moyen, déjà proposé par Lèveillé (2), a été suivi de succès. L'ergot de seigle a aussi réussi pour diminuer le volume de l'utérus.

M. Kerr (3), de Manchester, rapporte l'histoire suivante :

OBSERVATION V. — Une dame prit 5 grammes d'ergot de seigle à une heure d'intervalle, dans le but de provoquer des contractions utérines et de diminuer ainsi le volume de l'organe, jusque-là irréductible. La malade se plaignait de douleurs et de pincements dans l'utérus, et à l'examen on découvrit que la tumeur avait considérablement diminué de volume, si bien que, sans grand effort, on fit la réduction.

Il y a très-peu de cas qui soient entièrement irréductibles. Du reste, en cas d'irréductibilité absolue, la gangrène doit arriver, et il reste à se décider sur l'opportunité d'enlever tout organe.

Les ulcérations circonscrites que j'ai mentionnées comme se développant souvent sur l'utérus exposé à l'air sont guéries par des applications émollientes et légèrement stimulantes. Clarke recommande l'onguent suivant :

℞ Baume du Pérou.....	8 grammes
Blanc de baleine.....	30 —

Une fois la réduction opérée, les ulcérations disparaissent spontanément. Les divers onguents, stimulants ou astringents, employés dans les maladies de peau réussissent encore très-bien.

(1) Richter, *Chir. Bibliothek*, t. III, p. 141.

(2) Lèveillé, *Bull. de la Fac. de méd.*, 1815, n° 4.

(3) Kerr, *Med. Gazette*, 26 juillet 1834.

Une fois l'utérus réduit, il reste encore à se décider sur le meilleur moyen de le maintenir en place et de prévenir une rechute. Le procédé ordinaire est l'introduction d'un pessaire. [[Mais avant d'employer ce moyen de contention, il faut être bien sûr que l'on a affaire à un prolapsus véritable et non pas à un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus; car le pessaire qui peut être utile dans le premier cas, sera nuisible dans le second, par suite de l'augmentation de volume de l'organe qui déterminera une compression des organes pelviens et des douleurs qui forcent bien vite la malade à abandonner ce moyen de soutien de l'organe]].

Les pessaires que l'on a employés sont nombreux, et formés de substances variées : les uns sont faits d'éponge, de verre, de liège, de bois; d'autres sont d'ivoire, d'argent, de gomme élastique, de caoutchouc vulcanisé et de gutta-percha. Ceux dont on se sert ordinairement sont plats arrondis ou ovales, avec des bords plus épais que le centre, et très-lisses au toucher. Au centre, il y a un trou pour faire place à toute espèce d'écoulement; dans le même but on a fait de petits trous sur la circonférence. Le liège, qui, par sa légèreté, semble être propre à la fabrication des pessaires, doit cependant être rejeté, parce que, étant poreux, il s'imbibé facilement, et devient ensuite une cause permanente d'irritation dans le vagin. Pour la même raison, l'éponge est le plus mauvais des tissus.

Les formes les plus usitées sont : la forme circulaire et la forme ovale. Le pessaire circulaire ne peut être appliqué que dans les cas où la maladie est peu avancée et que le tissu du vagin offre encore de la résistance. Il ne serait pas prudent d'introduire un pessaire circulaire dont le diamètre excéderait 2 pouces 1/2. Les bords doivent avoir une épaisseur d'au moins un tiers de pouce. Ils deviendront de plus en plus minces vers le centre, où il y a une ouverture dans laquelle le chirurgien peut introduire son doigt, afin de placer lui-même l'instrument. Pour rendre le pessaire plus léger et faciliter l'écoulement des règles et des sécrétions vaginales, on peut encore percer des trous sur différents points de la circonférence.

Le pessaire de forme ovale est celui qui convient le mieux, dans les cas où le vagin est immédiatement relâché. Il appuie par ses deux extrémités sur les parois latérales du vagin, et cependant ne gêne ni les fonctions du rectum ni celles de la vessie. Quand le cas l'exige, on peut sans aucun danger faire usage d'un pessaire d'un diamètre ovalaire de 12 centimètres (1).

Blundell préfère les pessaires globulaires ou ovoïdes, sous prétexte qu'ils fournissent aux organes un support plus considérable.

Davis dit que le pessaire le plus facile à supporter, et celui qui répond le mieux à toutes les indications, est un morceau d'éponge fine placé au

(1) C. Clarke, *On diseases of females*, t. I, p. 112

fond du vagin. La principale objection qu'on puisse faire à ce pessaire, c'est qu'il faudrait le retirer et le changer au moins une fois par jour. D'autre part, le pessaire d'éponge a un grand avantage, c'est de maintenir continuellement les parois vaginales plus ou moins en rapport constant avec les médicaments qu'on peut avoir à appliquer. L'auteur charge ordinairement la malade d'introduire elle-même cette éponge, lui recommandant seulement de se placer dans une position horizontale, les genoux pliés, et de pousser l'éponge profondément (1).

Waller (2) a décrit un instrument dont il s'est bien trouvé dans les cas de lacération du périnée. Il consiste en une ceinture élastique en acier qui fait le tour du corps, et prend son point d'appui juste au-dessous des hanches; elle est attachée en arrière au moyen d'une boucle et d'une courroie. Deux petits clous à tête sont fixés au centre de cette ceinture, à la partie antérieure, et sur ces clous est attachée une tige courbe en acier. Cette tige, de longueur proportionnée, se termine par un crochet et pénètre dans le vagin jusqu'à la hauteur normale, où doit se trouver l'utérus. Ce crochet est garni d'un pessaire formé d'abord par du

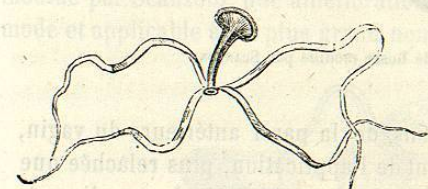


Fig. 162. — Pessaire COXETER.

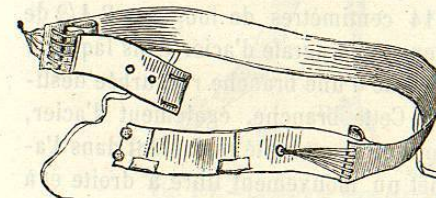


Fig. 163. — Ceinture à pessaire.

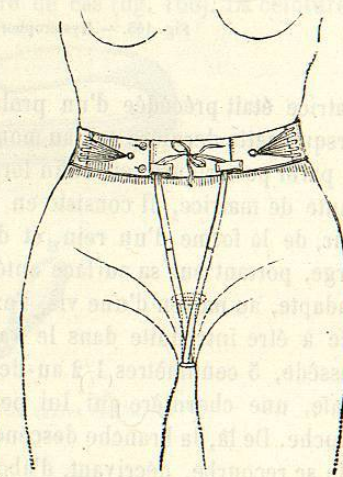


Fig. 164. — Pessaire COXETER de gutta-percha en place.

liège, et recouvert ensuite de caoutchouc. Les courroies agissent comme des ressorts et permettent au corps de se mouvoir librement. Elles peuvent être facilement détachées de dessus les clous, et de la sorte on enlève le pessaire sans déboucler la ceinture circulaire. Sur la partie antérieure, de la ceinture, il y a une pièce élastique avec rainure correspondant

(1) Davis, *Obstetric medicine*, vol. I, p. 550.

(2) Waller, in Denman, *Midwifery*, p. 68, note.