

sin par des fausses membranes, du tissu cellulaire plus ou moins dense, dus à des exsudations péritonéales. Dans ces cas-là, il est impossible de redresser l'organe sans déchirer les adhérences, ou au moins sans tirailler le péritoine d'une manière dangereuse.

Dans le traitement des flexions utérines, on devra le plus souvent se borner à faire disparaître autant que possible les altérations de texture qui les compliquent, et à combattre simultanément les accidents consécutifs qui se montrent dans le reste de l'organisme.

Lorsque la maladie n'est pas ancienne, des douches froides, des bains de siège froids, des injections intra-vaginales seront utiles. Exceptionnellement, lorsqu'il y a un écoulement blanc abondant, on aura recours aux cautérisations au moyen d'un crayon de nitrate

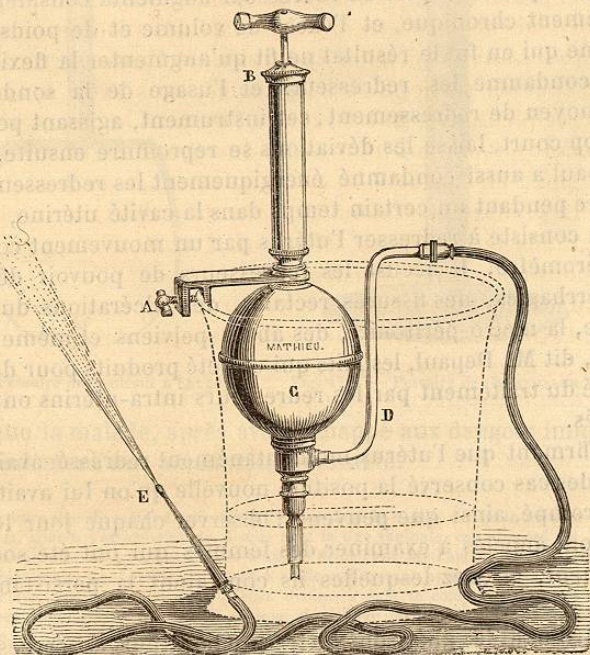


Fig. 178. — Appareil à air comprimé pour injection (*).

d'argent introduit dans la cavité du col. En général, après cinq ou six semaines, la guérison est obtenue. S'il n'en a pas été ainsi et que le sujet soit vigoureux, on pourra faire avec grand avantage des émissions sanguines locales. Tous les huit ou quinze jours, on applique trois ou quatre sangsues sur le museau de tanche. On modère par là

(*) A, vis qui sert à fixer l'appareil sur le bord d'un seau ou d'un réservoir quelconque, plein du liquide à injecter; B, pompe foulante; C, réservoir d'air; D, ajutage sur la partie inférieure du réservoir; E, canule rattachée à l'ajutage par un tube de caoutchouc recouvert d'un tissu.

la stase du sang veineux dans le col, qui en peu de temps reprend toute sa tonicité.

Lorsque, à côté d'une flexion ancienne, l'utérus est plus ou moins engorgé ou induré, ces émissions sanguines donnent aussi de très bons résultats. Leur action sera secondée par des bains de siège et des injections d'eaux salines naturelles ou artificielles; on les fera prendre deux fois par jour, tièdes s'il n'y a pas d'hémorrhagies, froides dans le cas contraire.

On peut employer pour les douches utérines soit l'appareil de Kiwisch, quoique cet instrument très volumineux ne puisse être manœuvré par la malade seule, soit l'irrigateur Éguisier, quoiqu'il n'ait peut-être pas une force de projection suffisante; mais mieux, l'appareil à air comprimé de M. Mathieu (fig. 178).

Le mécanisme consiste en deux valvules placées en sens opposé, l'une produisant l'aspiration du liquide, et l'autre servant à le pousser dans le tube de sortie, d'où il est lancé, sans avoir été mélangé avec l'air du récipient, avec une force que l'on peut augmenter ou diminuer en donnant un nombre plus ou moins grand de coups de piston. Le liquide peut être projeté jusqu'à une distance de 3 mètres. La mélade peut graduer elle-même la force de projection et obtenir un jet d'une grande puissance ou très doux, à volonté; il n'est pas besoin d'aide pour manœuvrer l'instrument.

Parmi les objections faites à cet instrument, nous signalerons la nécessité d'être hors du lit pour en faire usage, car dans le lit le liquide mouille les draps et la malade est sujette à se refroidir; c'est pour obvier à ces inconvénients que Aran a imaginé son irrigateur vaginal (fig. 179), appareil assez analogue à la sonde à double courant. Grâce à cet appareil, en adaptant des tubes de caoutchouc aux deux extrémités, des malades ont pu prendre des injections pendant des heures entières sans que les draps fussent mouillés.

L'emploi de certaines eaux ferrugineuses, les bains de mer seront encore indiqués. En cas d'induration, on ajoutera encore des cautérisations répétées du col au moyen du nitrate d'argent. On a proposé aussi la cautérisation de la

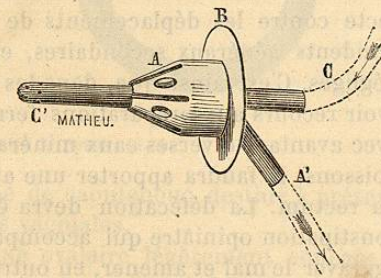


Fig. 179. — Irrigateur vaginal de ARAN (*).

(*) 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, ce qui, appliquée sur la vulve, empêche le liquide de se répandre dans le lit et le maintient dans le vagin.

muqueuse du corps de l'organe, ainsi que des injections astringentes dans la cavité; mais ces moyens ne doivent être employés qu'avec la plus grande prudence.

En même temps qu'il y a déplacement, il y a fréquemment érosion et ulcération de l'orifice. Dans ces cas-là, les cautérisations avec le crayon de nitrate sont insuffisantes; la surface ulcérée saignant facilement, le nitrate ne peut rester assez longtemps en contact avec elle, et le sang qui s'écoule ne lui permet pas d'agir assez énergiquement. Il vaut donc mieux cautériser avec un pinceau trempé dans une solution astringente concentrée de sulfate de zinc ou de cuivre, dans du perchlorure de fer, de la teinture d'iode étendue d'eau, divers acides acétiques ou nitrique. Il faut souvent changer les médicaments employés.

Si la flexion se complique d'accidents de péritonite, on dirigera le traitement 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 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 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.

Il reste encore à mentionner un appareil qui, bien appliqué, diminue les douleurs provoquées par les flexions: c'est la ceinture hypogastrique (fig. 180). 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 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.

Lorsque tout élément inflammatoire a disparu, et que l'utérus peut être facilement replacé dans sa situation normale, on se trouve bien de maintenir l'organe réduit au moyen de l'un des pessaires-leviers dont nous allons donner la description. Les pessaires de Meigs, de Gairal ou de Dumontpallier (fig. 181) sont formés d'un ressort de montre

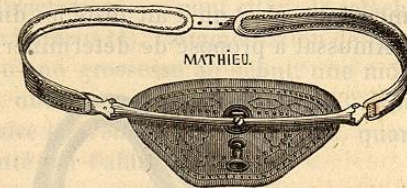


Fig. 180. — Ceinture hypogastrique (*).

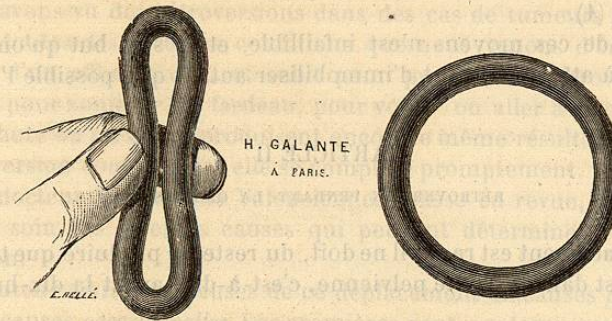


Fig. 181. — Pessaire de DUMONTPALLIER.

très élastique recouvert d'un tube de caoutchouc destiné à préserver le métal du contact des sécrétions vaginales.

Le pessaire de Hewitt a la forme ovulaire légèrement concave, le pessaire de Hodge (fig. 182), concave comme le précédent, a ses extrémités moins allongées, le pessaire de Smith (fig. 183) a la forme d'un S.

L'une des extrémités de ces instruments est introduite derrière le col et occupe la place où, en cas de rétroversion, on trouve le fond de l'utérus. Il n'est pas toujours nécessaire et ce n'est pas toujours facile de redresser immédiatement l'organe. Le pessaire arrive à ce résultat par une pression douce et continue; il ne donne lieu à aucune irritation locale; il peut être supporté pendant des mois, et n'empêche pas d'ailleurs les rapports sexuels. Nous l'avons appliqué plusieurs fois

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

avec un succès constant ; nous pouvons donc le recommander en toute confiance comme le meilleur mode de traitement. On peut le faire en caoutchouc vulcanisé ou en métal recouvert de gutta-percha. Le point important, c'est qu'il ait juste les dimensions convenables.

Amussat a proposé de déterminer une inflammation adhésive entre

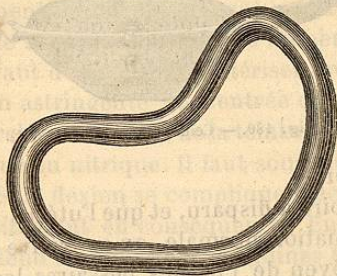


Fig. 182. — Pessaire-levier d'Hodge.

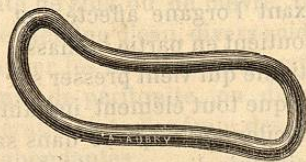


Fig. 183. — Pessaire de Smith.

la surface du col et la muqueuse vaginale ; il rapporte deux exemples de succès (1).

Aucun de ces moyens n'est infaillible, et le seul but qu'on doit chercher à atteindre, c'est d'immobiliser autant que possible l'utérus.

ARTICLE II

RÉTROVERSION PENDANT LA GROSSESSE

Ce déplacement est rare ; il ne doit, du reste, se produire que tant que l'utérus est dans la cavité pelvienne, c'est-à-dire avant la dix-huitième semaine.

Dans ce mode de déplacement, le col utérin vient appuyer sur l'urètre à son point de jonction avec la vessie. La lèvre postérieure du col devient inférieure et l'utérus se place horizontalement dans le bassin, suivant son axe antéro-postérieur. La situation du vagin est toute spéciale ; la paroi postérieure est déprimée, par suite du renversement du corps de l'utérus, tandis que la paroi antérieure est portée en haut et en avant avec le col utérin. Au lieu donc d'être dirigé d'avant en arrière vers le sacrum, l'utérus se trouve incliné d'arrière en avant vers la symphyse.

§ I. — Causes.

Suivant la cause, cet accident peut se produire lentement et graduellement, ou il peut survenir tout à coup. Jourdan considère comme des causes prédisposantes une trop grande largeur du bassin et la proé-

(1) Amussat, *Gazette médicale*, mars 1850.

minence exagérée du promontoire sacré. Les femmes maigres y sont aussi plus exposées que les femmes grasses. Le prolapsus de la paroi antérieure du vagin est une cause prédisposante.

Parmi les causes qui agissent directement, on peut citer : le relâchement des ligaments inférieurs de l'utérus (1), l'augmentation de poids d'une portion de l'utérus, telle qu'une grossesse au début, une môle, une tumeur (2) pédiculée ou non, une grossesse extra-utérine (3). Nous avons vu la rétroversion se produire le premier jour des règles, quand le poids de l'organe était augmenté par l'afflux du sang.

Baud cite deux cas de rétroversion qui se produisirent quelques jours après l'accouchement ; l'utérus était hypertrophié, par suite beaucoup plus lourd, et le seul effet d'une purgation énergique produisit un déplacement.

John Pearson (4) et Blundell ont vu des rétroversions avec des squirrhés. Callisen et Blundell mentionnent aussi des faits de rétroversion à la suite d'un accouchement. La distension extrême de la vessie par l'urine, pendant plusieurs heures, a été encore signalée.

Blundell dit qu'un ovaire hypertrophié peut agir de la même manière. Nous avons vu des rétroversions dans des cas de tumeurs pelviennes. Dans toutes les diverses conditions que nous venons d'énumérer, il suffit d'un effort violent et subit pour produire la rétroversion ; un effort pour soulever un fardeau, pour vomir ou aller à la garde-robe, une chute ou un coup, produisent encore le même résultat. Une fois la rétroversion commencée, elle se complète promptement.

Le docteur Dehous (de Valenciennes) passe en revue, avec le plus grand soin, les diverses causes qui peuvent déterminer cette rétroversion.

L'auteur divise les causes de ce déplacement en causes *prédisposantes* et causes *occasionnelles*. Les premières sont anatomiques, physiologiques ou pathologiques : les causes anatomiques résident dans une rétroversion antérieure à la grossesse, les causes physiologiques sont d'un côté le fait même de la grossesse, qui rend le corps de l'utérus plus lourd et facilite son mouvement de bascule en arrière ; de l'autre la constipation, et la rétention d'urine. Les causes pathologiques sont : 1° un certain degré d'étroitesse du bassin, c'est-à-dire une saillie très forte du promontoire avec mouvement de bascule ou de projection en avant du sacrum et forte courbure de ces os en arrière ; 2° un bassin représentant un excès d'amplitude avec ou sans exagération dans les diamètres du détroit supérieur ; 3° les tumeurs osseuses qui peuvent

(1) Billi, *Cas de rétroversion singulière de l'utérus* (*Gazetta medica di Milano*, 4 janv. 1845 ; *Annales de la chirurgie*, 1845, t. XV, p. 113).

(2) Brown, *Dublin Journ.*, janvier 1838, p. 356.

(3) *Medico-chirurgical Review*, janvier 1827, p. 207.

(4) Pearson, *On cancer*.