

de l'utérus et j'applique sur le bord transversal trois points de suture réunissant linéairement les parois antérieure et postérieure du vagin; je passe ensuite à la réunion des bords latéraux en passant de chaque côté un fil d'argent traversant le bord de la surface avivée antérieure, puis le bord correspondant de la surface avivée postérieure. Un fil étant placé de la même façon sur le bord opposé et à la même hauteur (fig. 218), il suffit de serrer ces deux sutures pour augmenter par le rapprochement des parois vaginales opposées la réduction de l'utérus.

Cette réduction se complète au fur et à mesure que les points de suture sont placés, et quand les deux bords des surfaces avivées ont été réunis dans toute leur surface la réduction est complète.

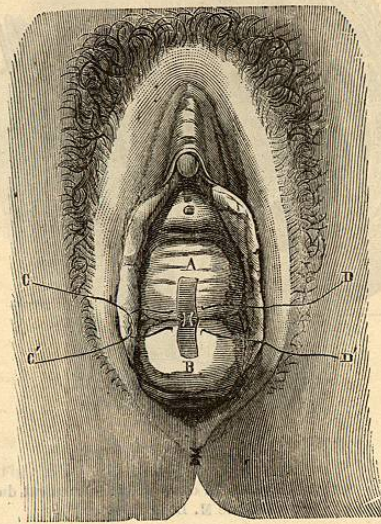


Fig. 218. — Aspect du vagin, le cloisonnement une fois effectué (procédé de M. Léon Le Fort) (*).

« Les fils ayant servi à la suture du bord transversal le plus rapproché de l'utérus étant cachés au fond du vagin sont difficilement accessibles, lorsque après quelques jours la réunion s'est effectuée, aussi convient-il de laisser aux fils une assez grande longueur dans leur partie tordue afin de les saisir facilement lorsqu'ils sont devenus libres après la section des parties embrassées par l'anse. »

Les fils ayant servi à pratiquer ces sutures deviennent libres vers le dixième jour.

Il ne faut pas entamer cette opération avant de s'être assuré que ni l'utérus, ni ses appendices, ni les organes environnants ne sont malades. Il ne faudrait pas non plus l'entreprendre chez une femme d'un âge avancé.

Dans les cas d'hypertrophie longitudinale, Huguier (1) propose d'enlever le col au premier degré, et, quand on est au second degré, d'enlever avec le col une partie du corps. Dans le premier cas, on peut se servir de l'écraseur, ou de la ligature ordinaire, ou du bistouri; dans le second, après avoir adopté le procédé de Marion Sims, on met en contact les bords de la plaie à l'aide d'une suture, et on laisse un cathéter dans le col utérin pour le maintenir perméable. Nous devons du

(1) Huguier, *Sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus* (Mém. de l'Acad. de méd. Paris, 1859, t. XXIII, p. 433).

(*) A, surface d'avivement antérieure; B, surface d'avivement postérieure; C, C', suture métallique supérieure gauche; D, D', suture métallique droite.

reste renvoyer, pour de plus amples renseignements, à l'article consacré spécialement à l'étude de cet allongement hypertrophique, où les détails de l'opération ont été exposés.

On a fait différents essais pour diminuer le calibre du vagin (1) et faire adhérer les parois opposées. On a échoué à cause du peu de disposition qu'ont les membranes muqueuses à s'unir. En 1833, Laugier a cautérisé une large bande de membrane muqueuse du vagin avec du nitrate acide de mercure, Benj. Philipps (2), avec de l'acide nitrique. Dans deux ou trois cas, nous avons réussi en cautérisant avec de l'acide nitrique, et en introduisant un sachet de matico qui resta quelque temps en place, la malade gardant la position horizontale. L'acide doit être appliqué légèrement de manière à irriter la membrane sans faire plaie. Une application de fer rouge a été proposée et essayée par Laugier (3); Evary Kennedy (4) a usé de ce procédé avec succès.

A. Desgranges (de Lyon) a préconisé l'application de dix ou douze serres-fines à la partie supérieure du vagin, elles déterminent de l'inflammation et même une plaie qui, en se guérissant, entraîne le rétrécissement du canal.

Les instruments que Desgranges emploie pour cela sont des pinces (fig. 219) longues de 70 à 75 millimètres, recourbées sur le plat, à branches croisées et dont l'extrémité est garnie de dents ou de pointes, de véritables serres-fines, et un autre instrument appelé *tenette à gouttière* (fig. 220), pour porter et introduire les pinces. On introduit d'abord dans le vagin un spéculum trivalve, puis on place avec le porte-pince ou tenette composée de deux branches, dont l'une est munie d'un ressort sur lequel vient se fixer l'autre branche et qui sert à maintenir la pince ouverte, ces grandes serres-fines (fig. 221) dans les endroits du vagin où l'on peut les appliquer, de telle sorte qu'il y en ait deux ou trois dans chaque intervalle entre les valves du spéculum. On commence toujours par la paroi postérieure du vagin et toujours par la serre-fine la plus rapprochée de la vulve; sur la paroi antérieure, au contraire, on place d'abord la pince la plus élevée. Ayant éloigné le spéculum, on introduit dans le vagin un *pistil*, muni d'un bouton en forme d'olive, repoussant de bas en haut le fond du vagin et fixé extérieurement au moyen d'un bandage. La malade reste alors tranquille dans une position horizontale, couchée sur le dos. Les petites pinces tombent d'elles-mêmes du cinquième au dixième jour, et on les retire au moyen de fils attachés préalablement à leur extrémité. Lorsque

(1) Voyez Pauli, *Henle und Pfeuffer Zeitschr.*, t. III. — *Med. chir. Rev.*, avril 1839, p. 610. — Bellini, *Annali univ. de medicina*, juillet et août 1836.

(2) Philipps, *Med. Gaz.*, 18 mai 1839, p. 283; *London Med. Gaz.*, t. XXIV, p. 494.

(3) Laugier, *Cautérisation du vagin au fer rouge* (*Encycl. des Sciences méd.*, vol. XXXVII, p. 192, septembre 1835).

(4) E. Kennedy, *Lancet*, 1839, t. II, n° 12.

l'on renouvelle l'application de ces pincés, il faut avoir soin de choisir pour cela de nouvelles places, et, si le vagin est devenu trop étroit pour introduire le spéculum, on dirigera les pincés avec un doigt. Il ne sera pas souvent nécessaire de répéter plus de dix fois ce procédé. Le vagin perd petit à petit sa grandeur et son relâchement; plus tard on voit à diverses places ces cicatrices, et enfin il devient si étroit, que l'on peut à peine y introduire un doigt.

Desgranges propose en même temps un autre procédé, une combinaison de la compression mécanique et de la cautérisation. Dans ce but,

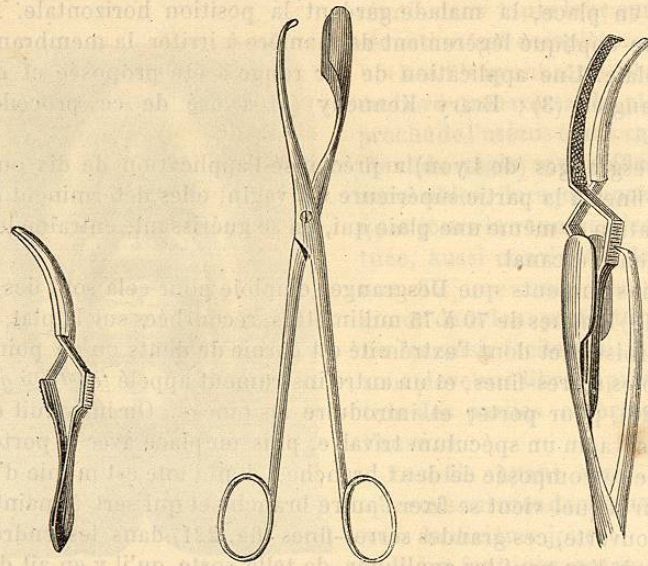


Fig. 219. — Pince vaginale de DESGRANGES.

Fig. 220. — Tenette à gouttière de DESGRANGES pour le pincement du vagin.

Fig. 221. — Tenette à gouttière avec la pince vaginale, prête à être portée dans le vagin.

il emploie des pincés longues de 12 à 13 centimètres, ayant à peu près la forme d'une pince à pansement, et dont les anneaux sont fixés au moyen d'une crémaillère. Le bout que l'on introduit dans le vagin possède sur chaque mors un sillon de 15 millimètres de longueur, 5 de largeur et 3 de profondeur, et les extrémités elles-mêmes se terminent par une dent acérée; dans ce sillon l'on place un caustique composé de chlorure de zinc. Desgranges nomme l'instrument complet une *pince élytrocaustique* (fig. 222). L'opération elle-même a lieu comme il suit: après avoir huilé et introduit aussi haut que possible dans le vagin le doigt indicateur, l'on saisit avec une érigne à coulisse (fig. 223) un repli de la muqueuse près de la portion vaginale, puis l'on introduit près du doigt resté en place la pince décrite plus haut, on saisit le

repli dans une étendue aussi grande que possible et on le comprime en serrant les branches de la pince. Desgranges croit que cinq ou six applications de cet instrument suffisent pour produire une cicatrisation ferme et durable. Ce procédé mérite d'être essayé (1).

Le traitement général doit être surveillé. Des toniques peuvent être nécessaires. La malade doit éviter de marcher, mais au bout de quelques jours elle pourra aller et venir selon son habitude.

Dans quelques cas où la grossesse a coïncidé avec un prolapsus utérin, dans d'autres où le prolapsus est survenu à la fin d'une grossesse, on peut obtenir la réduction; mais souvent aussi la réduction est impossible. Quant au traitement du prolapsus survenu pendant le travail de l'accouchement, il faut peu à peu dilater l'orifice utérin de manière à activer la délivrance: si la

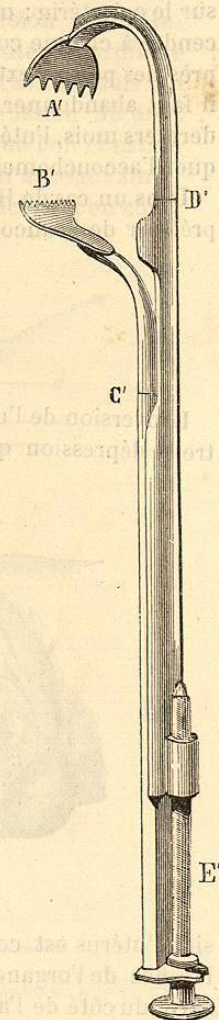


Fig. 222. — Pince élytrocaustique de DESGRANGES avec dent en saillie, cuvette, et ressort à crémaillère.

Fig. 223. — Érigne à coulisse de DESGRANGES (*).

(1) Desgranges, *Nouveau procédé de cure radicale pour les chutes de l'utérus* (Revue médico-chirurgicale, juin 1851); *Mémoire sur le traitement de la chute de l'utérus par une méthode nouvelle* (Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie. Paris, 1853, 1^{re} série, t. IV, p. 413; Gazette médicale, 1853, n^{os} 5-25).

(*) Cet instrument est composé de deux érignes larges et plates glissant à coulisse l'une dans l'autre. A' représente la branche postérieure munie de branches profondes; B', branche antérieure munie de dents plus fines et que l'on change à volonté en la démontant à la partie C'; D', point de réunion de la branche postérieure qui se démonte également; E', vis de rappel servant à rapprocher les érignes selon l'épaisseur des tissus.

chose était nécessaire, il faudrait même faire une ou deux incisions sur le col utérin; mais il faut pour cela, ou que l'utérus tende à descendre à chaque contraction, ou que l'orifice utérin soit très bien vu près des parties externes. Mais si le prolapsus n'était que peu accusé, il faut abandonner la femme à ses propres ressources. Si, pendant les derniers mois, l'utérus était tout à fait en prolapsus, il faudrait provoquer l'accouchement en ponctionnant les membranes.

Dans un cas de Harvey, on proposa d'extriper l'utérus: nous devons préférer de beaucoup l'avortement à l'ablation de l'utérus (1).

CHAPITRE XIII

INVERSION DE L'UTÉRUS

L'inversion de l'utérus diffère essentiellement du prolapsus, car outre la dépression qu'on observe dans l'un et l'autre cas, dans l'inver-

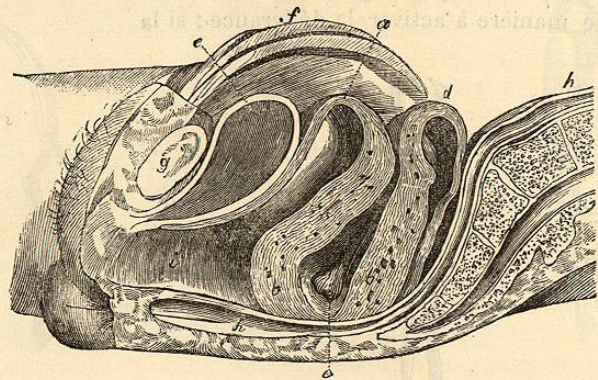


Fig. 224. — Inversion partielle de l'utérus (*).

sion l'utérus est complètement retourné. Le fond de l'utérus traverse l'orifice de l'organe qui forme une cavité tapissée par le péritoine, ouverte du côté de l'abdomen, et contenant les ovaires et les trompes de Fallope. La muqueuse utérine forme alors le tégument extérieur de la tumeur.

§ I. — Variétés.

Le degré d'inversion peut être très variable, celle-ci peut être par-

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 43.

(*) *a*, partie antérieure de l'utérus; *bb*, portion de l'utérus refoulé dans le vagin; *c*, cavité formée par la face externe de la base de l'utérus renversé; *d*, portion postérieure de l'utérus; *e*, vessie; *f*, couche musculaire de la paroi antérieure de l'abdomen; *g*, symphyse du pubis; *h*, intestin rectum. VIDAL (de Cassis), d'après HORTELOUP.

tielle ou complète. William Newnham (1) a décrit trois degrés: 1° la simple dépression; 2° l'inversion partielle; 3° l'inversion complète.

1° Pour le premier degré, la *simple dépression*, l'auteur s'exprime ainsi: « Le fond de l'utérus est déprimé dans sa cavité, mais ne forme pas tumeur dans le vagin, l'existence de cette lésion ne peut être constatée que par le toucher en même temps que l'on constate l'état de l'utérus à travers les parois abdominales. En agissant ainsi, on trouvera le fond de l'utérus plus rapproché de l'orifice, et l'on cons-

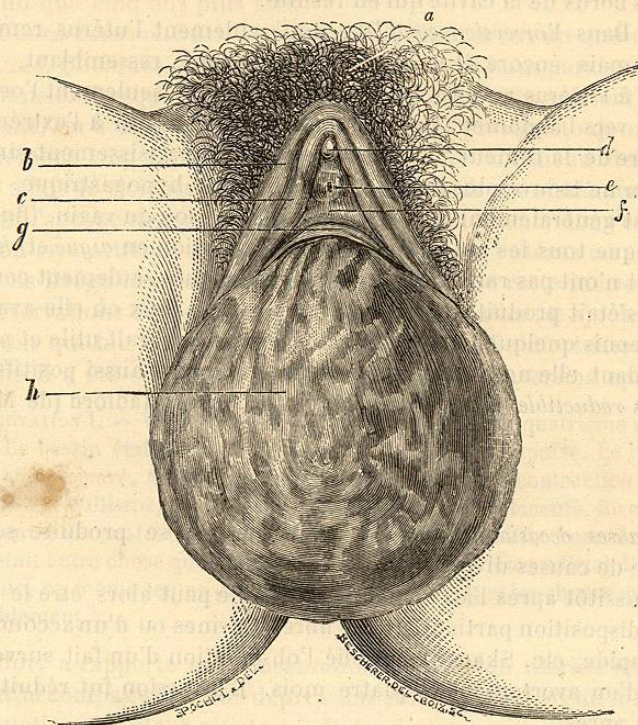


Fig. 225. — Inversion complète de l'utérus, occasionnée par l'extraction précipitée du placenta (*).

tatera extérieurement une dépression correspondante au lieu de cette rétraction régulière que connaît tout praticien expérimenté. Cet état de choses est généralement accompagné par un sentiment de contraction expulsive qui souvent finit par rendre l'inversion complète. Il va sans dire qu'un changement aussi léger n'est appréciable à travers

(1) W. Newnham, *An Essay on the symptoms, and treatment of inversio uteri*, etc. London, 1818, p. 2, 3.

(*) *a*, mont de Vénus; *b*, les grandes lèvres de la vulve; *c*, les petites lèvres ou nymphes; *d*, le clitoris; *e*, le méat urinaire; *f*, le bord externe antérieur du vagin; *g*, le bord antérieur de l'orifice externe de l'utérus; *h*, la face interne de la matrice devenue externe. (BOIVIN et DUGÈS, *Atlas*, pl. XII, fig. 1.)