

Jusqu'où va leur formation? Quelle est leur destinée? Tombent-ils dans le bassin? Là se perdent-ils comme ces produits amorphes à qui la vie n'a pas été transmise? Déterminent-ils sur les points avec lesquels ils se trouvent en contact des phénomènes spéciaux?

On pourrait multiplier ces sortes de questions; mais en l'absence de tout élément d'une réponse valable et fondée, il vaut mieux s'abstenir et attendre de nouvelles recherches.

Kystes tubo-ovariens.

M. le docteur A. Richard a publié (1) plusieurs cas intéressants, qui constitueraient une espèce particulière de kyste.

Les faits qu'il a rapportés démontrent que les kystes de l'ovaire peuvent s'ouvrir dans l'utérus par la trompe. — Mais après avoir reçu le liquide kystique, la trompe continue de subir un travail pathologique, son calibre augmente, ses dimensions en longueur sont presque doublées, ses parois sont épaissies; les plis si nombreux et si persistants de sa muqueuse se sont en partie effacés. Ce travail ne peut qu'augmenter, et il finit par empiéter sur la partie interne de l'oviducte.

Mais en même temps que la trompe subit cette altération, le kyste ovarique primitif continue de sécréter du liquide; la communication reste établie entre lui et la trompe, et il en résulte une maladie ou plutôt un kyste complexe que M. Richard propose, avec raison, d'appeler *kystes tubo-ovariens*.

J'ai cru utile d'insister sur ces faits de M. Richard, qui appelleront peut-être l'attention des médecins, et conduiront au moins à cette conséquence pratique, l'ouverture d'un kyste ovarique dans la trompe, sans que le liquide pénètre dans l'utérus; il est évident qu'en pareille circonstance des fausses membranes ont fait adhérer le pavillon à l'ovaire.

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 121.

TROISIÈME PARTIE.

Cette troisième partie est consacrée à l'histoire de maladies assez différentes les unes des autres, et qui n'offrent peut-être entre elles aucun lien ni aucun rapport bien direct. Nous n'avons donc en aucune manière la prétention de les décrire en suivant un ordre nosologique; nous y comprendrons seulement les maladies des organes génitaux de la femme qui ne sont accompagnées primitivement d'aucune altération anatomique de tissu appréciable à l'œil nu. Il est bien entendu que nous ne considérons pas comme lésions anatomiques de tissu les diverses espèces de déviations.

Les maladies que nous étudierons dans autant de chapitres séparés sont les suivantes :

- 1° Les changements de position de l'utérus;
- 2° L'aménorrhée et la dysménorrhée;
- 3° Les névralgies utérines;
- 4° La stérilité.

Et comme appendices, un résumé des connaissances que la science a acquises sur les points suivants :

- 5° Influence des états diathésiques sur les maladies de l'utérus;
- 6° La chlorose et l'anémie.

CHAPITRE PREMIER.

DES CHANGEMENTS DE POSITION DE L'UTÉRUS.

Sous ce titre nous comprenons : 1° l'abaissement, 2° le renversement, 3° les déviations, qui se subdivisent en *versions* et en *flexions*.

SECTION I^{re}.

DE L'ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS.

L'abaissement de l'utérus constitue un accident commun chez les femmes, et devient chez elles, non-seulement la source de bien des incommodités, mais encore peut constituer une véritable infirmité.

Il n'est donc pas étonnant qu'il soit question de cette maladie, même dans les ouvrages de médecine les plus anciens.

On trouve une description de l'abaissement de l'utérus dans presque tous les ouvrages consacrés à l'étude des maladies des femmes. En tracer la bibliographie présenterait peu d'intérêt pour le lecteur; je rappellerai seulement que, dans ces derniers temps, l'attention a été de nouveau appelée sur ces déplacements par la publication du mémoire de M. Huguier, sur l'*allongement hypertrophique du col de l'utérus*, et sur la difficulté de le différencier, dans certains cas, d'un abaissement avec saillie du col utérin en dehors de la vulve.

Définition. — On doit entendre par *abaissement* cet état organique dans lequel l'utérus s'abaisse dans la cavité du petit bassin et le museau de tanche se rapproche de plus en plus de la vulve, qu'il franchit complètement.

ARTICLE I. — Anatomie pathologique de l'abaissement de l'utérus.

Les lésions qui caractérisent l'abaissement de l'utérus peuvent être divisées en lésions *primatives* et en lésions *consécutives*, suivant qu'elles caractérisent la première époque du développement de la maladie, ou bien qu'elles sont survenues comme complication à une époque ultérieure.

Lésions primatives. — Une première question qui se présente et qu'il est d'abord important de décider, est celle de savoir à quel point le col utérin doit être placé pour admettre l'existence d'un abaissement de l'utérus; or ce point est fort incer-

tain. On admet généralement que le museau de tanche doit être éloigné de 10 à 12 centimètres de l'orifice vulvaire. M. Aran, qui s'est livré à quelques recherches sur ce sujet, est arrivé aux conséquences suivantes : la distance de 10 à 12 centimètres de la vulve est trop considérable ; elle doit être fixée de 6 à 8, et encore ce chiffre varie-t-il chez les filles vierges et chez les femmes mariées. Chez les vierges, la distance de l'orifice du col à la vulve est de 7 à 8 centimètres ; elle n'est que de 5 à 6 chez les femmes mariées. On peut donc admettre, lorsque le col sera éloigné de moins de 5 centimètres de l'orifice vulvaire, qu'il existe un abaissement à des degrés très différents les uns des autres.

Dans un *premier degré*, l'utérus est plus bas et plus rapproché de la vulve que dans l'état normal ; alors l'abaissement peut se combiner avec les diverses espèces de déviations ; il est même rare qu'il existe purement et simplement ; cette distinction n'est plus utile dans les degrés suivants. Dans un *deuxième degré*, le museau de tanche est plus bas encore : il vient se présenter entre les grandes lèvres, qu'il suffit d'écarter avec le doigt pour l'apercevoir ; il peut même occuper l'orifice vulvaire lui-même. Dans un *troisième degré*, le col de l'utérus a franchi la vulve, et vient faire saillie au dehors.

Il existe encore sous ce rapport des différences assez nombreuses. Tantôt c'est le col utérin seul qui forme une saillie extérieure ; tantôt c'est une portion du corps de l'utérus ou cet organe lui-même qui sort en entier. On le voit quelquefois descendre assez bas pour pendre entre les cuisses. Dans ces divers degrés d'abaissement, la membrane muqueuse du vagin éprouve nécessairement un déplacement ; elle suit le col de l'utérus autour duquel elle est attachée, et se renverse comme un doigt de gant. Lorsque le corps de l'utérus est lui-même sorti de la vulve, la muqueuse vaginale est complètement retournée, et elle couvre tout à fait la surface antérieure du corps de l'utérus sur laquelle elle s'applique et se moule.

Lésions consécutives. — Elles sont fréquemment dues aux

causes suivantes : l'exposition à l'air d'organes et de tissus qui ne sont pas soumis ordinairement à cette influence ; l'excitation à laquelle cette exposition les soumet ; les tiraillements que subissent les organes déplacés.

La membrane muqueuse vaginale est d'abord distendue, rouge, luisante ; ses plis s'effacent. Plus tard elle subit une autre altération, devient moins humide, plus dure et plus sèche, et elle se rapproche ainsi de la surface cutanée. L'examen microscopique y démontre le développement d'un épithélium pavimenteux abondant. La muqueuse vaginale ainsi altérée peut aussi quelquefois se modifier d'une autre manière, s'enflammer, sécréter un muco-pus plus ou moins abondant, et devenir le siège d'érosions ou même d'ulcérations.

Les ligaments de l'utérus, et le tissu cellulaire qui l'entoure, distendus, tirillés sans cesse, deviennent souvent le siège d'une inflammation chronique. Si cette inflammation survient avant que le corps de l'utérus ait abandonné la vulve, il se développe des adhérences qui peuvent immobiliser l'utérus, et qui s'opposent ainsi quelquefois à ce que l'abaissement fasse des progrès ultérieurs, conséquence avantageuse sous certains rapports, et nuisible sous d'autres ; car ces adhérences de formation nouvelle constituent un obstacle insurmontable à une réduction ultérieure ; l'utérus est en quelque sorte enclavé et immobilisé dans le vagin. On comprend les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter pour la femme atteinte de cette affection.

Le col, sorti hors de la vulve, peut subir des altérations fort différentes les unes des autres.

Quelquefois c'est un renversement des bords du museau de tanche, une inversion véritable (Scanzoni). En pareil cas, on observe un anneau bleuâtre formé par la membrane muqueuse de l'orifice qui conduit dans la cavité utérine. Le col peut subir bien d'autres modifications : ainsi on le trouve hypertrophié, développé, quelquefois dur, assez souvent ramolli ; son orifice est presque toujours dilaté. On peut encore observer d'autres altérations, telles que l'inflammation catarrhale de sa

surface ou de l'intérieur de sa cavité, des granulations et même des ulcérations.

Le corps de l'utérus n'est pas à l'abri de ces altérations ; on a signalé l'hypertrophie, la dilatation de sa cavité, une métrite interne.

Le déplacement de l'utérus peut amener consécutivement des déplacements de la vessie ou du rectum, et quelquefois des lésions plus prononcées de ces deux organes voisins de l'utérus. On a signalé ainsi une inflammation, soit de la muqueuse vésicale, soit de celle du rectum ; une hypertrophie de ces mêmes organes ; quelquefois enfin le développement de tumeurs hémorroïdaires.

ARTICLE II. — Étiologie de l'abaissement de l'utérus.

Considéré sous le point de vue étiologique, l'abaissement de l'utérus se trouve dans deux conditions bien différentes. Dans une première série de cas, on peut placer les abaisséments *symptomatiques* ou *consécutifs* à d'autres lésions de l'utérus ; dans la seconde, on doit ranger les abaisséments *idiopathiques* ou *primitifs* qui se développent d'emblée, et qui ne se compliquent que plus tard de lésions organiques de diverses natures.

§ 1. Abaissements symptomatiques ou consécutifs de l'utérus.

Toutes les inflammations aiguës ou chroniques occupant le col ou le corps de l'utérus, ou ces deux parties simultanément, ont pour effet d'augmenter le volume et le poids de cet organe ; et cette augmentation a pour conséquence à peu près nécessaire de rapprocher l'utérus de la vulve, et, par suite, de produire un certain degré d'abaissement. En pareil cas, l'abaissement est tantôt simple, tantôt combiné avec une déviation d'une autre espèce.

Les lésions organiques de diverses natures qui se développent dans une partie quelconque de l'utérus, et qui ont pour consé-

quence l'augmentation du poids et du volume de l'organe, agissent absolument dans le même sens, et produisent un abaissement d'un certain degré. Ainsi l'hypertrophie de l'utérus, les tumeurs fibreuses, le cancer, conduisent nécessairement à ce résultat.

Toute maladie organique développée dans l'abdomen et produisant une tumeur capable de déprimer l'utérus, agit en déterminant un abaissement de cet organe : telles sont les tumeurs diverses et volumineuses qui peuvent se former dans les ovaires, les hydropsies enkystées des ovaires, ou qui sont situées à la partie inférieure de l'abdomen et placées de manière à comprimer la matrice.

Dans ces divers cas, c'est l'augmentation de poids de l'utérus, ou bien la compression qu'il éprouve des tumeurs voisines, qui tiraillent d'abord les ligaments de l'utérus, les distendent, et finissent par les relâcher d'une manière suffisante pour produire l'abaissement.

Nous devons encore placer parmi les abaissements symptomatiques ceux qui se développent fréquemment à la suite d'une déchirure complète ou incomplète du périnée.

§ 2. Abaissements idiopathiques de l'utérus.

Il est un certain nombre de causes qui peuvent produire l'abaissement de l'utérus, telles sont spécialement les suivantes :

Le relâchement des divers ligaments de l'utérus, l'allongement des ligaments ronds. Sans doute il est difficile de démontrer la réalité de cette cause et son mode d'action ; mais on peut quelquefois le faire, et c'est de cette manière qu'agissent les causes que nous allons maintenant passer en revue.

1^o D'abord toute augmentation de poids de l'utérus et toute compression agissant de haut en bas sur cet organe.

2^o Un ou plusieurs accouchements, en produisant le tiraillement et l'allongement des ligaments. Il y a toutefois, dans ce dernier cas, une circonstance qui n'est pas sans influence sur

la production de l'abaissement : c'est la dilatation, l'agrandissement, l'élargissement du vagin, qui persistent bien souvent après l'accouchement, et peuvent ainsi favoriser la production de cette espèce de déviation.

3^o Les professions qui exigent le développement de l'effort, et par conséquent tous les travaux manuels et physiques un peu vigoureux, prédisposent évidemment les femmes à l'abaissement de l'utérus ; mais c'est surtout lorsque ces efforts et ces travaux sont repris trop rapidement après l'accouchement que l'on voit la chute de la matrice se produire avec une très grande facilité ; on peut même dire que cette cause est la plus certaine de cet état morbide.

Voici un résultat statistique que j'emprunte à Scanzoni, et qui a quelque valeur : sur 114 cas de chutes de matrice observés par l'auteur allemand, 99 femmes avaient eu un ou plusieurs enfants, et 15 n'avaient jamais été mères.

Sur ces 15 dernières femmes, les causes de l'abaissement de l'utérus furent trouvées les suivantes : le relâchement des parois du vagin, soit par une leucorrhée abondante, soit par une vaginite, soit par des excès de coït ; la pression de l'utérus par un liquide ascitique ; l'action d'une tumeur ovarique. On a pu, dans ces 15 cas, rattacher la cause à l'une de ces trois influences.

Causes occasionnelles. — L'abaissement de l'utérus se produit quelquefois rapidement à la suite d'une cause occasionnelle plus ou moins énergique. C'est ainsi qu'on l'a vu se développer à la suite des influences suivantes : des coups, des contusions plus ou moins violentes sur l'abdomen ; des chutes sur le ventre, mais surtout sur le siège. Plus ces chutes se font d'un lieu élevé, plus on a de chances de voir ce déplacement se produire ; on l'a observé à la suite d'efforts subits et violents, et de contractions musculaires énergiques des muscles abdominaux pour soulever des fardeaux ; quelquefois des quintes de toux ou de violents efforts de défécation peuvent encore produire le même résultat.

ARTICLE III. — Symptomatologie de l'abaissement de l'utérus.

Lorsqu'il n'existe qu'un abaissement peu considérable de l'utérus, et que le museau de tanche est encore à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire, les femmes qui en sont atteintes peuvent ne présenter aucun accident, et elles ne savent pas elles-mêmes qu'elles sont atteintes de cette affection; ce n'est que lorsqu'on est conduit à les examiner pour une complication quelconque du côté de l'utérus qu'on constate l'existence de l'abaissement. Si, en même temps que cet abaissement, il existe un état phlegmasique quelconque du corps ou du col de l'utérus, les symptômes que l'on observe sont ceux de ces états morbides, et n'appartiennent en aucune manière au changement de position.

On trouve un certain nombre de femmes qui sont atteintes d'une déviation légère de l'espèce de celle dont nous nous occupons, et qui se plaignent des accidents suivants : sentiment de pesanteur dans le bas-ventre et spécialement au périnée; douleurs d'irradiation dans les aines et les cuisses; ténésme rectal; envies plus fréquentes d'uriner. Eh bien! ces accidents ne peuvent appartenir à l'abaissement léger du col de l'utérus, étant encore à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire, car, je le répète, il ne produit aucun accident; mais ils dépendent de ce que cet abaissement léger est compliqué d'un état phlegmasique plus ou moins notable du col de l'utérus.

Les accidents que l'on peut regarder comme caractéristiques de l'abaissement du col ne se montrent guère que si le museau de tanche vient paraître à l'orifice vulvaire et entre les grandes lèvres, et encore ils sont assez difficiles à déterminer et à séparer des phénomènes morbides et des complications qui l'accompagnent presque toujours. Nous allons cependant essayer de les préciser.

L'abaissement de l'utérus atteignant l'orifice vulvaire, et surtout le dépassant, peut se développer d'une manière progressive ou faire invasion subitement, lorsque l'abaissement est la suite d'un effort violent, d'une contusion, d'une chute, etc.

On observe alors les phénomènes suivants : la femme accuse un sentiment de tension au périnée et à l'orifice vulvaire; elle éprouve la sensation d'un corps étranger qui ferait effort pour sortir par cette issue. Il existe un ténésme vésical, de la difficulté pour uriner, une constipation presque toujours opiniâtre. Quelquefois on constate en même temps un certain nombre de phénomènes digestifs, des douleurs et des tiraillements d'estomac, un peu de météorisme; puis la tumeur paraît entre la vulve, et si la femme ne s'en préoccupe pas immédiatement, l'utérus continue de descendre de plus en plus.

La tumeur formée par l'utérus étant sortie hors de la vulve, les choses se passent d'une manière différente, suivant que la maladie reste simple, ce qui a toujours lieu au commencement, ou qu'elle se complique de lésions de diverses espèces.

Abaissement de l'utérus sans complications. — La tumeur formée par l'utérus reste rarement dans cette condition. Cependant lorsqu'il en est ainsi, voici ce qu'on observe : On constate d'abord les caractères de la tumeur, son volume, le degré auquel elle est descendue, les modifications que subit rapidement la membrane muqueuse vaginale renversée. En même temps la femme se plaint d'une gêne très grande, causée par le corps étranger situé entre les cuisses; elle ne peut marcher que difficilement et en le soutenant avec grand soin. Il n'est pas difficile au médecin de constater la nature de cette tumeur, excepté dans l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. A cette première période, l'utérus a presque toujours conservé sa mobilité; il n'y a pas encore d'adhérences, et l'on peut pratiquer la réduction. En même temps que le phénomène caractéristique de la présence de la tumeur, il existe des troubles digestifs, quelquefois des nausées et des vomissements, le développement de gaz dans l'abdomen, une constipation opiniâtre, de la dysurie, etc., etc. On observe aussi une leucorrhée assez abondante; il y a de la dysménorrhée et souvent de l'aménorrhée. Mais les choses n'en restent pas là; et si

la tumeur n'a pas été réduite, des complications de diverses espèces ne tardent pas à se produire.

Complications de l'abaissement de l'utérus sorti de la vulve.

— Ces complications appartiennent à l'utérus, et spécialement à son col, ou bien aux parties voisines tiraillées et déplacées par le changement de position de l'organe.

Du côté de l'utérus, c'est en général un état phlegmasique, quelquefois aigu, le plus souvent chronique, que l'on voit se développer. L'utérus, et spécialement son col, se tuméfient; leur volume augmente; leur sensibilité plus vive contribue à s'opposer d'une manière absolue à la marche. Lorsqu'on veut exécuter cette dernière, le frottement continu des cuisses, joint à l'action de l'urine qui ne manque jamais d'imprégner la tumeur quand la miction a lieu, contribue encore à augmenter l'intensité de cet état phlegmasique.

Le col de l'utérus et la membrane muqueuse vaginale renversée deviennent plus rouges; une sécrétion de muco-pus se produit sur la surface enflammée, et se propage même quelquefois dans l'intérieur de la cavité cervicale.

Si l'inflammation continue sa marche, on observe successivement des érosions superficielles, des granulations et des ulcérations plus ou moins profondes, qui présentent quelquefois des plaques diphthéritiques bien circonscrites, et plus rarement une disposition à la gangrène.

L'état phlegmasique peut se propager au tissu même du col, qui devient alors plus mou et fongueux. C'est alors qu'on observe, comme complications, de petites hémorrhagies peu abondantes, mais continuës, ou du moins qui se renouvellent à chaque instant.

Les parties voisines subissent aussi des altérations plus ou moins nombreuses, et qui exercent une influence fâcheuse sur la maladie.

La vulve est souvent déchirée et devient le siège soit d'ulcérations, soit de gangrène.

La partie interne des cuisses, irritée par le contact continu du corps étranger et des sécrétions pathologiques qu'il fournit, devient le siège d'érythèmes et d'eczéma très douloureux qui augmentent les souffrances de la malade.

La vessie, tiraillée, est quelquefois entraînée au dehors, et un *cystocèle* véritable se manifeste; ainsi déplacée, elle peut s'enflammer, et l'on voit se développer tous les symptômes d'une cystite.

Le rectum peut subir aussi divers déplacements, et en particulier le prolapsus de sa paroi antérieure, la dilatation de sa cavité, enfin le prolapsus de l'intestin lui-même tout entier.

Est-il encore besoin d'ajouter que les femmes, dans cette malheureuse position, sont nécessairement stériles, et que la menstruation est toujours notablement altérée. Lorsque l'état phlegmasique s'empare de la partie abaissée, il y a soit de l'aménorrhée, soit de la dysménorrhée; cependant si le col présente un état fongueux bien caractérisé, il se produit des métrorrhagies peu considérables, mais fréquemment renouvelées.

La femme éprouve des douleurs violentes qui s'irradient dans les lombes, les aines, les cuisses. Les fonctions digestives sont complètement troublées; il se produit des symptômes de gastro-entéralgie, un météorisme plus ou moins considérable et une constipation opiniâtre. Les symptômes du côté de la vessie dépendent de la nature des complications qui existent du côté de cet organe.

ARTICLE IV. — *Marche, durée, terminaison de l'abaissement de l'utérus.*

L'abaissement de l'utérus conduit rarement les femmes qui en sont atteintes à présenter tous les accidents que nous venons de passer en revue. On voit peu de malades assez négligentes pour laisser arriver à ce degré l'état morbide dont elles sont atteintes. Cependant cela arrive, et lorsque des adhérences viennent s'opposer à la réduction de la tumeur, les malheureuses femmes sont bien obligées d'en passer par tous les degrés de

complications et deviennent victimes de leur incurie en laissant passer l'époque où l'on pourrait encore améliorer leur fâcheuse position.

Lorsque l'utérus abaissé et pendant entre les cuisses devient le siège d'une phlegmasie chronique, on voit nécessairement, au bout d'un certain temps, la santé se déranger et les fonctions digestives se troubler de plus en plus; les douleurs d'estomac, les phénomènes gastro-entéralgiques et le météorisme deviennent de plus en plus caractérisés et fatigants pour les malades; l'altération des fonctions de la vessie et du rectum vient encore se joindre aux précédentes. Alors on peut voir les femmes maigrir rapidement et s'affaiblir d'une manière notable; mais il est rare qu'elles succombent. Elles passent la plus grande partie de leur vie dans un état misérable, souffrant constamment, et véritablement atteintes d'une infirmité atroce et incurable.

La durée de cette affection est nécessairement indéterminée, et il serait impossible de donner un chiffre quelconque à cet égard.

ARTICLE V. — Diagnostic de l'abaissement de l'utérus.

On pourrait croire qu'il n'est rien de plus facile que d'établir le diagnostic de l'abaissement de l'utérus, surtout quand ce dernier a complètement franchi la vulve, et cependant cette confusion est possible, car deux états morbides ont pu être pris pour des chutes complètes de matrice. Ce sont : 1° l'allongement hypertrophique du col utérin; 2° les polypes fibreux.

1° *Allongement hypertrophique.* — M. Huguier a donné le premier une description bonne et complète de cet état morbide; il pense que la chute complète de matrice est excessivement rare, et que l'hypertrophie avec allongement du col de l'utérus a été très souvent prise pour elle. Il est évident que M. Huguier peut avoir raison pour quelques cas, mais il n'en est pas toujours ainsi, et que si la méprise a été commise par quelques médecins ignorants, il y a des moyens de diagnostic tels que

l'erreur est difficile pour un médecin instruit. Voici sur quelles bases on l'établira : *a.* Dans l'allongement hypertrophique, le col et le corps de l'utérus ont conservé leur mobilité, et cependant la réduction de l'organe est complètement impossible. *b.* Dans cette dernière affection, le doigt pourra être introduit entre la vulve et la tumeur, et remonter jusqu'à une certaine hauteur à laquelle il rencontrera le corps de l'utérus. C'est qu'en effet le corps de l'utérus a conservé sa situation normale, et qu'on peut en constater parfaitement la présence par le toucher rectal et par le toucher vaginal, et de plus que ce dernier est toujours possible en raison de la conservation du vagin qui a complètement disparu dans l'abaissement et la chute totale de l'utérus. *c.* La constitution de la tumeur, dans laquelle on ne retrouve pas les éléments du corps utérin, vient encore confirmer le diagnostic. *d.* Les complications sont beaucoup moins fréquentes dans l'hypertrophie avec allongement que dans la chute complète de l'utérus (voy. p. 102).

2° *Polypes fibreux.* — Le diagnostic des polypes fibreux ne présente pas encore de grandes difficultés. En effet, on y trouve les conditions suivantes : *a.* La tumeur est constituée autrement qu'elle ne l'est dans l'allongement hypertrophique. La partie la plus volumineuse est située le plus inférieurement, tandis qu'elle diminue de volume à mesure qu'on la suit en remontant dans la cavité vaginale et utérine. *b.* Le polype ne contracte pas en général d'adhérences avec les parties voisines et conserve sa mobilité. *c.* On ne retrouve pas dans la tumeur fibreuse sortie les éléments du col utérin, le museau de tanche et ses lèvres, l'orifice.

Quant au diagnostic de l'abaissement au premier degré, dans lequel le museau de tanche est encore à 3 ou 4 centimètres en dedans de la vulve, il est également très important de constater son existence, car il pourrait augmenter et conduire ultérieurement à une chute de matrice. Cependant cette constatation sera difficile si la malade n'a éprouvé encore aucun accident. Lorsque ces accidents existent, le diagnostic ne présentera aucune

difficulté, et le toucher vaginal éclairera le médecin sur son existence.

ARTICLE VI. — Pronostic de l'abaissement de l'utérus.

Le pronostic du simple abaissement ne présente pas de gravité, et l'on peut le faire disparaître en grande partie comme nous le verrons; mais il en est autrement de la chute complète de l'utérus, dont les suites peuvent être fâcheuses pour les femmes qui en sont atteintes. Ainsi on peut avoir à redouter : *a.* la production d'adhérences persistantes et de brides qui s'opposent irrévocablement à la réduction; *b.* le développement d'une phlegmasie chronique, qui peut devenir grave en raison des lésions qu'elle amène; *c.* enfin l'établissement d'une infirmité incurable qui rend souvent affreuse la vie des femmes qui en sont atteintes.

ARTICLE VII. — Traitement de l'abaissement de l'utérus.

Le traitement de l'abaissement et de la chute de l'utérus a beaucoup défrayé l'imagination des médecins, et la science est loin d'être définitivement fixée à cet égard. Il est important d'étudier séparément le traitement de l'abaissement léger et de la chute proprement dite de l'utérus.

§ I. Abaissement simple de l'utérus encore contenu dans le vagin, et à 2 ou 4 centimètres de la vulve.

L'abaissement à ce degré, ou à un degré beaucoup moindre encore, ne se trouve souvent que lorsqu'on est appelé à examiner une femme atteinte d'inflammation chronique du corps ou du col de l'utérus; il est un élément, une conséquence de la maladie, et ne s'est développé qu'après elle. Lorsqu'on rencontre un tel abaissement, le médecin ne doit pas pour l'instant en tenir compte, car ce léger degré d'abaissement étant la conséquence de la tuméfaction et de l'augmentation de poids du corps ou du col de l'utérus, il arrive souvent que lorsqu'on

fait disparaître ces deux phénomènes par le traitement qu'on emploie contre la phlegmasie utérine, l'abaissement disparaît de lui-même, et le corps ou le col revenant à leur volume normal, l'organe reprend sa place habituelle.

A cette époque, si l'abaissement a disparu spontanément, ce qui arrive très souvent, il n'y a rien à faire; si au contraire, ce qui est plus rare, l'abaissement persiste, il faut s'en occuper, afin de l'empêcher d'augmenter et d'arriver à l'état de chute de matrice.

Dans ces abaissements persistants, il faut bien se garder d'avoir recours à des pessaires de quelque nature qu'ils soient. Je les repousse d'une manière formelle; ils pourraient replacer momentanément l'organe dans sa situation habituelle, mais ils auraient les inconvénients très sérieux : *a.* de n'être qu'un moyen palliatif; *b.* de laisser l'abaissement se reproduire dès qu'on cesserait d'en faire usage; *c.* de constituer un désagrément énorme et une incommodité fatigante pour la femme qui en fait usage; *d.* enfin de renouveler presque à coup sûr la phlegmasie du col utérin sans aucune utilité.

Le seul moyen auquel je conseille d'avoir recours, et qui m'a presque toujours réussi, sont les douches froides administrées soit avec un irrigateur puissant, soit avec l'appareil de Charrière (voy. t. I, p. 352).

Ces douches doivent être prises le matin et le soir, sauf à l'époque des règles, pendant lesquelles on les suspendra; elles seront continuées de trois à six mois. Chacune d'elles devra consister en 12 ou 15 litres d'eau à une température de 12 à 15 degrés centigrades.

Il est très rare qu'à l'aide de ce traitement on ne puisse faire disparaître les légers abaissements.

S'ils sont liés à une lésion organique, telle que des tumeurs fibreuses de l'utérus, le cancer de cet organe, une tumeur ou une hydropisie enkystée des ovaires, une ascite, il est évident que ce moyen serait complètement inutile, et il faut s'abstenir d'employer aucune médication spéciale contre cet abaissement symptomatique. En pareil cas, on le diminue quelquefois d'une

manière notable par l'application d'une ceinture hypogastrique bien faite.

§ 2. Abaissement avec chute de l'utérus en dehors de la vulve.

Lorsqu'on a affaire à une chute complète de l'utérus, il faut d'abord combattre l'état inflammatoire que peut présenter l'organe déplacé. On aura recours aux bains entiers, aux applications émollientes, et s'il existait quelques altérations plus avancées, telles que des granulations, des excoriations ou des ulcérations, on pratiquerait les cautérisations nécessaires.

Une fois l'inflammation utérine maîtrisée, ou bien si l'organe déplacé ne présente aucune trace de phlegmasie, il faut réduire la matrice déplacée et la faire remonter dans la cavité utérine. Cette réduction doit être opérée avec beaucoup de douceur et très lentement.

La réduction s'opère quelquefois seule et sous l'influence de la contraction des parois du vagin, lorsque la malade est couchée sur le dos.

Pour réduire la tumeur, la femme étant dans le décubitus dorsal, le bassin légèrement élevé, on saisit la partie inférieure avec les doigts de la main droite, et on la dirige lentement et doucement en haut vers l'orifice vulvaire; en même temps les doigts de la main gauche écartent les lèvres de la vulve, et l'on suit la tumeur avec le doigt indicateur jusqu'à ce que l'utérus ait repris sa position normale.

L'utérus une fois mis en place, il s'agit de l'y maintenir: c'est là un des points les plus difficiles à obtenir.

Les moyens qu'on a préconisés sont assez nombreux; nous les passerons successivement en revue.

Pessaires. — Les *pessaires* ayant été décrits (t. I^{er}, p. 230), je ne reviendrai pas ici sur leurs variétés, leurs formes, leur mode de construction; je m'occuperai seulement de leurs applications dans le cas actuel.

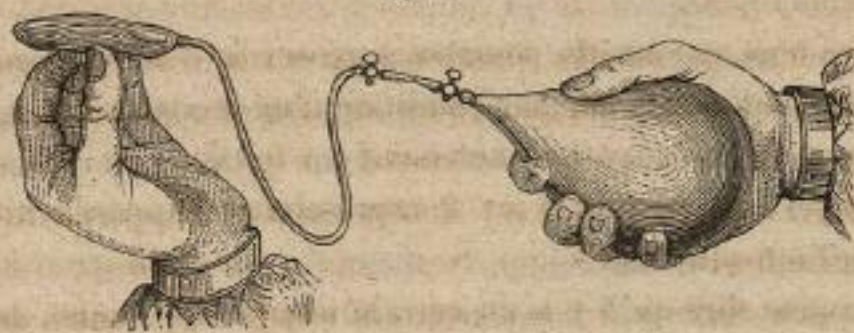
Il n'est pas d'espèce de pessaire qu'on n'ait mis en usage contre les chutes de l'utérus. Jusque dans ces derniers temps,

les *pessaires* en gimblette et de caoutchouc ont semblé jouir d'une vogue à peu près exclusive et ont été généralement employés. Cependant ils présentaient de nombreux inconvénients, se déplaçaient avec une grande facilité et maintenaient assez mal la réduction, indépendamment des inconvénients nombreux qui étaient attachés à leur emploi et des accidents qu'ils occasionnaient souvent.

M. Gariel, en inventant les *pessaires* à insufflation et de caoutchouc vulcanisé, a rendu un véritable service à la science; ses *pessaires* qu'il faut préférer sont composés de deux pelotes, l'une appelée *pelote-pessaire*, l'autre *pelote-insufflateur*.

Avant de s'en servir, il faut faire passer d'un seul côté tout l'air contenu dans les deux pelotes et fermer le robinet.

Fig. 1.

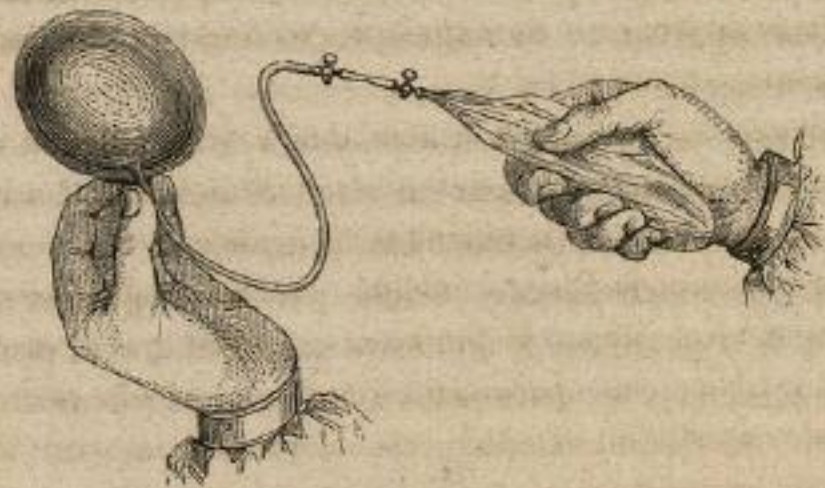


La pelote vide d'air (*pelote-pessaire*, fig. 1), roulée sur elle-même et réduite à un très petit volume, est conduite sans résistance jusqu'au niveau du col de l'utérus; c'est alors qu'on ouvre le robinet et qu'en pressant avec la main sur la pelote remplie d'air (*pelote-insufflateur*), on dilate aussi peu et autant qu'on le juge nécessaire la pelote précédemment introduite; il ne s'agit plus que de fermer le robinet pour que cette dilatation persiste. La pelote restée à l'extérieur, vide à son tour et réduite au volume de ses parois, se fixe aux vêtements (fig. 2).

Le retrait de la *pelote-pessaire* est aussi simple que son introduction: il s'opère en ouvrant le robinet: l'air, chassé de la *pelote-pessaire* par l'action combinée des intestins et des parois vaginales, reprend sa place dans la *pelote-insufflateur*, où il est tenu en réserve pour une nouvelle application.

Cette manœuvre, dont la description est longue et peut-être difficile à comprendre, est exécutée avec la plus grande facilité et dès la première séance par les malades les moins intelligentes.

Fig. 2.



Les deux pelotes du pessaire à réservoir d'air peuvent être rendues indépendantes par l'addition d'un second robinet, dont le canon vient s'adapter exactement sur le canon du robinet déjà employé. Les figures 1 et 2 représentent l'appareil avant et après l'introduction.

On peut dire qu'il y a un certain nombre de chutes de matrice, dont je crois du reste la proportion bien peu considérable, qui ne peuvent être maintenues réduites qu'au moyen de ces pessaires de caoutchouc vulcanisé : j'en restreins cependant l'application à un très petit nombre de cas. Je suis du reste tout à fait de l'avis de Scanzoni, quand il termine son article sur l'emploi des pessaires dans la maladie qui nous occupe, en disant que ce sont des moyens défectueux qui remplissent mal les indications, qui ne remédient jamais à tout, et qui sont en général mal supportés.

Éponges. — L'emploi des éponges compte encore des partisans : elles peuvent bien soutenir le col utérin et l'utérus ; mais elles présentent un inconvénient sérieux, c'est la nécessité d'être maintenues par un bandage et une ceinture bien confectionnés. Scanzoni semble fort partisan des éponges ; il combat

la chute de l'utérus, une fois que l'organe est réduit, par l'introduction dans le vagin d'une éponge, souvent renouvelée, taillée en cône, longue de 7 centimètres, et imbibée d'huile. L'extrémité la plus large regarde le fond du vagin, la partie la plus étroite correspond à l'orifice vulvaire et est maintenue par un bandage approprié ; chez quelques femmes, ce bandage est simplement le bandage en T.

Hystérophores. — Tel est le nom donné par Scanzoni à un certain nombre d'appareils assez généralement acceptés en Allemagne, et qui se sont peu répandus en France.

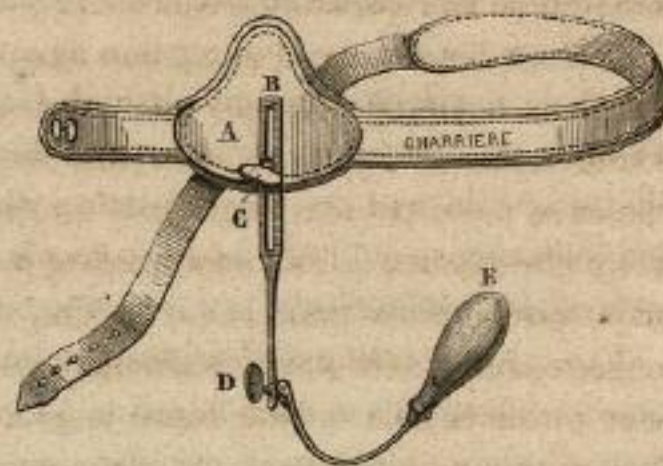
L'hystérophore de Roser, modifié par Scanzoni, est celui auquel ce médecin donne la préférence. Le but que se propose l'inventeur dans cet instrument, dont le médecin allemand donne une description détaillée, est de presser la paroi antérieure du vagin relâché et distendu, et de maintenir contre la symphyse pubienne, au moyen de l'élasticité d'une branche d'acier disposée d'une manière convenable, cette paroi antérieure et l'utérus déplacé dans une position aussi normale que possible.

M. Charrière a fait à cet hystérophore une amélioration qui le rend beaucoup plus commode et applicable à un plus grand nombre de cas. Voici en quoi consiste cette amélioration que la figure 3 fera mieux comprendre.

Fig. 3.

Figure 3. — Explication de l'hystérophore modifié par M. Charrière.

- A. Plaque dorsale munie d'une ceinture à ressort de bandage s'attachant en avant.
- B. Tige d'acier trempé en ressort, fendue au milieu, glissant de haut en bas et de bas en haut, et fixée par la vis de pression C.
- D. Articulation dite à marteau, servant à incliner plus ou moins la tige partant de la pelote E.



La ceinture a été remplacée par un ressort d'acier, comme on le fait actuellement pour tous les bandages hypogastriques.

La tige B, servant à la compression D, a été brisée à sa partie inférieure au moyen d'une charnière munie d'une vis de pression, qui donne à cette tige une inclinaison qu'on peut varier suivant les cas et la nécessité d'une compression plus ou moins grande.

La pelote E, destinée à être placée dans le vagin et à comprimer sa paroi antérieure contre le pubis, est de gutta-percha, ou, si cette substance ne présente pas assez de résistance, de métal couvert de caoutchouc vulcanisé, ou bien encore d'ivoire poli.

Ces divers appareils, *pessaires*, *hystérophores*, *éponges*, employés pour maintenir réduite une chute de l'utérus, sont-ils destinés à être conservés ainsi pendant longtemps et quelquefois même pendant plusieurs années? Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° Chez les femmes jeunes encore, dont la chute de l'utérus s'est produite assez rapidement, et qui n'ont pas de relâchement considérable des ligaments de l'utérus et des parois du vagin, il n'est pas douteux qu'il faudra un certain temps d'application pour que les parties rentrent dans leur état naturel et se consolident dans la position qu'elles doivent occuper. L'application des divers appareils sera cependant temporaire; on pourra très bien en débarrasser les femmes au bout d'un certain temps, qui ne sera jamais très court, et il faudra au moins les maintenir pendant une année ou deux pour être très sûr que cet accident ne se reproduira pas.

2° Chez des femmes d'un certain âge, qui ont eu des accouchements nombreux, et qui sont atteintes d'un relâchement considérable des ligaments utérins et des parois du vagin, les choses se passeront tout autrement. La consolidation ne pourra guère être espérée; il faudra conserver les appareils destinés à maintenir l'utérus, sinon la vie entière, du moins pendant de longues années. On devra seulement les surveiller avec soin pour constater s'ils maintiennent toujours une bonne contention, et s'ils ne produisent pas des accidents phlegmasiques, ce qui arrive trop souvent.

3° Dans un certain nombre de cas, avons-nous dit, la chute

de l'utérus est déterminée et maintenue par la pression qu'exercent des lésions organiques placées au dehors, telles que des tumeurs fibreuses, des kystes des ovaires, etc.; alors c'est sur ces lésions organiques qu'il faut agir, afin de diminuer cette compression: des ceintures hypogastriques bien construites, celles de M. Bourjaud en particulier, rendront de grands services.

§ 3. Moyens employés pour obtenir la guérison radicale des chutes de l'utérus.

On a espéré obtenir cette guérison à l'aide de l'un des deux procédés suivants, qui consistent à diminuer considérablement d'une manière artificielle, mais durable, la capacité du vagin, et à s'opposer ainsi complètement au passage de l'utérus.

1° On opère le rétrécissement du vagin par l'ablation d'un lambeau de la membrane muqueuse, et par la réunion consécutive de la plaie à l'aide d'une suture.

2° On facilite la production du rétrécissement de la vulve par l'excision des bords des grandes lèvres.

Scanzoni a fait treize fois la première opération et cinq fois la seconde pour des chutes complètes de l'utérus; il a vu dans tous les cas l'abaissement et la chute se reproduire. On ne saurait donc avoir aucune confiance dans ces prétendues opérations de guérison radicale.

Le moyen proposé par M. Pauli, et qui consiste à produire une inflammation artificielle et violente du vagin destinée à produire des brides, des rétrécissements et des adhérences de ce conduit, est dangereux et n'a peut-être jamais été employé.

Le pincement de la muqueuse vaginale, conseillé par M. Desgranges, est un fait plutôt théorique que pratique.