

VII

Indications du traitement pour quelques symptômes et complications.

Les accidents du côté de la *vessie* ou du *rectum*, qui surviennent dans les cas de métrite aiguë ou chronique par compression ou propagation, ne méritent que d'être signalés, et leur thérapeutique est des plus simples.

Les *déviations*, les *phlegmasies péri-utérines*, seront envisagées dans leurs rapports avec la métrite qu'elles accompagnent, lorsque nous parlerons de ces différentes affections.

La *névralgie iléo-lombaire* (p. 488), le *prurit vulvaire* (p. 271), la *leucorrhée* (p. 294), les *métrorrhagies* (p. 213), ont déjà attiré notre attention.

Disons un simple mot de l'*aménorrhée* et de la *dysménorrhée*.

Les poussées aiguës qui provoquent de l'*aménorrhée* et de la *dysménorrhée congestives* seront combattues par les *émissions sanguines* et les *applications émollientes et chaudes*.

La gêne et les phénomènes douloureux survenant à propos de l'éruption du sang menstruel feront rechercher la présence d'un *polype muqueux* engagé dans un orifice ou dans le canal, afin de supprimer l'obstacle avec la *pince*, les *ciseaux* ou la *curette*.

Le *rétrécissement* des orifices, provoqué par des cautérisations trop violentes, ou s'établissant avec les modifications que la vieillesse amène dans la structure de l'organe, cause des rétentions de produits sécrétés qu'il faut évacuer à l'aide d'une dilatation.

C'est au cours de la métrite chronique que GALLARD combattait la *dysménorrhée* par la *teinture d'iode* (VI à XII gouttes dans un julep gommeux pendant huit à dix jours chaque mois au moment des règles) pour agir sur l'induration du parenchyme utérin.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES DÉPLACEMENTS ET DES DÉVIATIONS DE LA MATRICE

I

Considérations Générales. — Indications du Traitement

Les déplacements et les déviations de la matrice, surtout dans ces dernières années, ont suscité l'idée d'opérations qui se proposent de ramener à la normale la position vicieuse de l'organe et de l'y maintenir.

Il n'entre pas dans le cadre de notre travail d'exposer et de discuter les divers procédés chirurgicaux. Nous devons nous borner à décrire les moyens non sanglants que nous employons pour diminuer, et, s'il est possible, faire disparaître les accidents qui résultent d'une situation anormale de l'utérus. Du reste, tout déplacement ou déviation relève, au moins à un moment donné, du traitement médical, soit que les phénomènes observés ne nous paraissent pas nécessiter une intervention chirurgicale, soit que d'emblée la malade ne veuille pas recourir à cette intervention, avant d'avoir constaté l'inefficacité absolue d'une thérapeutique moins radicale.

Tout d'abord le traitement médical, qui doit prévoir la possibilité d'un déplacement, s'efforcera d'éviter et de combattre toutes les causes capables de provoquer un changement dans la position régulière de l'organe ou de l'exagérer quand il est produit. Il en est peu qui ait autant d'influence que les suites d'un accouchement. Pendant l'état de *subinvolution*, l'utérus, augmenté de volume et de poids, conserve un parenchyme dont la résistance est diminuée,

tandis que les ligaments qui le soutiennent demeurent relâchés. Aussi recommanderons-nous le repos au lit, tant que persistera la moindre crainte; puis, quand la malade se lèvera, elle s'abstiendra de rester debout trop longtemps, et nous lui conseillerons une série de précautions à prendre, applicables du reste à la majorité des cas de déviation ou de déplacement.

La plus élémentaire consiste à lutter contre les effets de toute cause susceptible de presser sur l'utérus et de le chasser mécaniquement de sa place habituelle. Le poids de la masse intestinale joue un grand rôle dans cette pathogénie, surtout lorsque la paroi abdominale, le plancher pelvien et les ligaments ont perdu leur tonicité et leur force; c'est un point sur lequel nous nous sommes assez étendus en traitant des fausses utérines et des ceintures abdominales. Ce poids de la masse intestinale est augmenté par des vêtements trop lourds, ou mal appropriés à la forme de l'abdomen qu'ils compriment et projettent en bas; le corset trop serré en particulier, descendant trop bas, ou mal fait, mis de façon à gêner la proéminence peu élégante mais naturelle d'un ventre qui s'étale en avant, le corset produit de mauvais résultats. On a préconisé différents appareils pour soutenir les vêtements et empêcher qu'ils ne pèsent trop; il faut qu'une femme se sente bien malade pour se résoudre à les porter, et encore elle les refuse la plupart du temps. Le mieux est de l'avertir des dangers qu'elle court si elle ne change pas sa toilette, et elle s'ingéniera pour la modifier, ce qui n'est, en réalité, pas difficile.

Pour les mêmes raisons, les exercices violents, les efforts, les travaux physiques doivent être proscrits autant qu'il est possible.

En dehors de ces influences étrangères à la matrice, et qui retentissent sur elle, il arrive fréquemment que l'on constate en même temps une déviation ou un déplacement et une autre affection de l'organe. Quand il s'agit d'une tumeur, polype, fibrome, etc., dont le poids suffit à amener un changement de situation, les indications se tirent de l'existence du néoplasme.

Le plus souvent, c'est une métrite que l'on observe; et sans renouveler les anciennes et interminables discussions à ce sujet, nous pouvons dire que deux cas se présentent avec une égale fréquence.

a. — Tantôt une déviation prédispose la matrice aux infections, à la métrite, sans doute en grande partie par les troubles circulatoires qu'elle entretient, puis elle s'oppose à la guérison.

b. — Tantôt la métrite, première en date, voit l'altération du parenchyme créer une déviation.

Mais peu importe, quel que soit le processus pathologique, l'existence de la métrite constitue par elle-même un obstacle qui empêchera l'efficacité de toute thérapeutique uniquement dirigée contre la déviation. Aussi devons-nous commencer par traiter les phénomènes inflammatoires et infectieux, avant de tenter un redressement, par exemple, puis nous maintiendrons l'amélioration obtenue en obviant à la situation vicieuse de la matrice. C'est là quelquefois un point fort délicat à apprécier, car nous rencontrons des utérus que l'on ne débarrasse d'accidents de congestion ou d'endométrite qu'à la seule condition de les soutenir.

Lorsque les changements de position de la matrice sont produits par une affection péri-utérine, comme une grosse salpingite ou un kyste, qui par son poids entraîne dans un mouvement de bascule ou d'abaissement tout l'appareil génital, leur importance disparaît derrière celle de la maladie première. Il n'en est pas de même quand la déviation est retenue et fixée par des brides, reliquats de phlegmasie péri-utérine ancienne, pelvi-péritonite, péri-méthro-salpingite, etc. De simples brides parfois n'acquiescent de gravité que parce qu'elles suffisent à rendre vains tous les efforts de redressement.

Par les massages, par les tractions lentes et méthodiques, nous nous efforcerons de relâcher cette tension périphérique et de donner un peu de jeu à l'organe; nous avons besoin que l'utérus soit mobile ou du moins mobilisable.

Les appareils auxquels nous avons recours sont les ceintures qui soutiennent la masse abdominale, et les pessaires qui supportent l'utérus et le maintiennent en bonne position, beaucoup plus par la distension des culs-de-sac vaginaux que par une pression directe sur la partie déplacée.

Nous renvoyons pour les ceintures à l'article des fausses utérines.

Le choix du pessaire change avec la variété de l'affection, mais son application est soumise à quelques règles générales: « Il faut de l'adresse, de l'habitude et de la pratique, dit GAILLARD THOMAS, non seulement pour faire du bien avec ces instruments, mais encore pour les employer sans danger. Un praticien inexpérimenté n'est pas plus capable de placer un pessaire d'une manière sûre et efficace, qu'un individu non cordonnier n'est à même de faire une

chaussure qui s'adapte bien au pied. » C'est possible, mais on gagne en peu de temps l'habileté requise, au moins pour les cas ordinaires.

D'abord, il faut s'assurer de l'état du périnée ; si on compte employer un pessaire vaginal isolé, c'est-à-dire non relié à une ceinture abdominale par une tige qui le maintienne en place, il est indispensable que le périnée ait conservé une certaine résistance, sinon le premier effort chassera l'instrument du vagin. Ensuite, on vérifie si l'utérus n'est pas *douloureux*, s'il ne subit pas une *poussée congestive* ou *inflammatoire*, s'il n'existe pas de *phlegmasie péri-utérine aiguë*, car il y aurait là matière à contre-indications. Et si, dans ce cas, le médecin se croit autorisé à passer outre, à cause du peu d'intensité des phénomènes, il surveillera de près sa malade, et la débarrassera du pessaire à la moindre exacerbation des symptômes ; nous y reviendrons plus loin, la constatation d'une phlegmasie péri-utérine n'est pas toujours une contre-indication absolue.

Une fois mis en place, la présence du pessaire au fond du vagin exige certaines précautions de *propreté* : grandes irrigations vaginales, extraction de l'instrument assez souvent, son nettoyage dans des solutions antiseptiques appropriées, etc.

Ces indications générales trouvent leur application naturelle lorsque les déplacements et les déviations se manifestent par un cortège de symptômes et de conséquences déterminés : *accidents de la menstruation, accidents nerveux, douleurs, pertes, difficulté de la marche, névralgies, stérilité*, etc., etc.

Mais lorsque la femme n'accuse aucune souffrance, aucun phénomène, lorsque la position anormale de la matrice ne se révèle par aucun trouble, ce qui arrive fort bien, quelle conduite tenir ? D'une part, l'application d'un pessaire semble inutile pour lutter contre des maux qui n'existent pas ; d'autre part, une complication, ne l'oublions pas, est toujours à redouter, par le seul fait d'une déviation qui favorise l'apparition de la métrite. L'hésitation est permise, et le plus souvent on se contente de prévenir la malade pour intervenir à la moindre alerte.

II

Prolapsus du Vagin et de l'Utérus

A. — Prolapsus du vagin.

Le *prolapsus du vagin simple, isolé*, n'entraînant pas avec lui la *vessie* ou le *rectum*, est extrêmement rare chez les multipares ; les accouchements répétés, la faiblesse du périnée en sont les causes ordinaires. Le plus souvent, il se complique de *cystocèle* et de *rectocèle*, quelquefois d'*entérocéle*.

Quand il se produit subitement, tout d'un coup, il est en général facile à réduire ; on vide la vessie et le rectum et par quelques pressions méthodiques, on parvient à rentrer l'organe prolapsé, en mettant au besoin la femme dans la position genu-pectorale.

Puis la malade garde le *repos* au lit, le bassin élevé, et s'il se manifeste du *ténisme rectal*, elle prend un quart de *lavement laudanisé*. En même temps, on lui prescrit des *injections astringentes*, contenant du *tannin*, de l'*eau blanche*, et l'on introduit des tampons d'ouate recouverts de tannin (SAVOYE) pour essayer de tonifier les parois vaginales.

Ces moyens, pratiques dans les cas récents et légers, demeurent insuffisants dans les cas anciens et très marqués.

D'habitude le prolapsus survient graduellement, affectant une allure *chronique* d'emblée, et pour le maintenir, un appareil ne peut être évité ; le choix présente des indications analogues à celles de la chute de l'utérus.

Avant d'appliquer l'instrument qui va rester à demeure, il faut guérir les différentes lésions, œdème, ulcérations etc., que présente la muqueuse vaginale sortie de la vulve, à la suite des frottements et surtout du contact de l'urine.

Quelques *lavages*, l'*isolement* des surfaces avec une feuille de gaze, le maintien de la muqueuse dans le conduit génital au moyen de tampons d'ouate stérilisée, au besoin le séjour au lit, amènent une guérison rapide de ces accidents secondaires.

Parfois aussi, au cas de rectocèle, on est obligé de faire un véritable curage de la poche pour en extraire les matières fécales.

B. — Prolapsus de l'utérus.

Dans la majorité des faits observés, l'abaissement de l'utérus n'offre pas de difficultés pour la réduction. Néanmoins des chutes brusques sont capables, semble-t-il, d'opposer une certaine résistance. GAILLARD THOMAS cite une observation de A. MUNRO : « Un prolapsus étant survenu brusquement chez une enfant de trois ans ne put être réduit et se termina par la mort ». Lui-même a dû employer un taxis forcé après anesthésie ; et il recommande de placer la malade dans la position genu-pectorale, de saisir l'utérus de la main droite, et, sans user de force, de presser méthodiquement pendant dix, quinze et même trente minutes, jusqu'à ce que l'organe ait repris sa position.

Il est bien rare que le médecin se trouve forcé d'en arriver à ces procédés de taxis ; ils sont toutefois bons à connaître.

La chute de l'utérus se réduit ordinairement sans grande gêne, mais le maintien de la réduction est autrement difficile à obtenir. Le manque de résistance du périnée, la laxité des parois vaginales enlèvent tout point de soutien aux pessaires qui se déplacent et jaillissent hors de la vulve au premier effort ; de plus, la matrice augmente beaucoup de volume et de poids lorsque son abaissement résulte d'une altération anatomique telle que l'*hypertrophie sus ou sous-vaginale du col*.

Les deux appareils que nous prescrivons le plus volontiers sont le pessaire de GABRIEL et le pessaire de DUMONT-PALLIER rattaché à l'aide d'une tige courbée et rigide (*pessaire vagino-abdominal, hystérophore*) à une ceinture abdominale.

Le pessaire de GABRIEL, formé d'une poche que l'on dilate à volonté, pratique et commode au début, finit à la longue par dilater lui-même le vagin et risque au bout d'un temps variable de se trouver expulsé à son tour.

Il faut donc alors employer un instrument qui soit fixé en place de manière à ne pas céder au poids de la matrice ; l'*anneau de DUMONT-PALLIER* supporté par une tige, retenue elle-même à l'aide d'une ceinture, remplit assez bien ces conditions. Mais, en l'espèce, il n'existe pas de pessaires parfaits et le meilleur a des inconvénients. Aussi des malades réclament une opération et l'on intervient alors suivant l'état des parties par l'amputation conoïde du col (HUGUIER), par la suture des parois vaginales, etc.

A défaut de pessaires aussi compliqués, on peut conseiller aux femmes (à celles de la classe ouvrière par exemple) de réduire chaque matin le prolapsus et d'introduire ensuite dans le vagin une série de tampons d'ouate en queue de cerf-volant, que l'on maintiendra par une bande passant entre les cuisses et munie d'une pelote qui comprime la région vulvo-périnéale.

III

Antedéviation

Antéversion.

Si, dans la plupart des cas, il est encore relativement aisé de ramener en position régulière un utérus que l'on trouve en *antéversion*, par contre nous considérons comme extrêmement peu commode de maintenir avec certitude la réduction opérée.

La situation anatomique normale de l'organe le prédispose à basculer en avant, et il tombe avec d'autant plus de facilité qu'une métrite a augmenté son poids et son volume en même temps que les ligaments se relâchent. Aussi tous les auteurs conseillent avec juste raison de commencer par traiter la métrite qui cause et entretient l'antéversion, et GAILLARD THOMAS ajoute d'attendre pour réduire qu'il n'y ait plus trace d'inflammation péri-utérine.

Avec un doigt sur la face postérieure du col, et une main pressant au-dessus du pubis, on redresse la matrice, puis on introduit un pessaire *anneau de DUMONT-PALLIER* qui la fixe en l'immobilisant par la distension des culs-de-sac. On recommande à la malade de garder le *décubitus dorsal* quand elle se couche, et de le prendre plusieurs fois dans la journée ; mais, nous ne saurions conseiller comme moyen adjuvant celui que nous trouvons dans quelques anciens auteurs, qui prescrivait à la patiente d'uriner rarement pour conserver pleine le plus longtemps possible la vessie qui refoule ainsi la matrice.

On vient en aide aux pessaires par des *ceintures hypogastriques* dont l'action s'exerce sur le fond de l'utérus. Les unes sont des *bandages rigides*, munis d'une *plaque métallique* qu'un pas de vis

fait mouvoir, afin de comprimer plus ou moins la région sus-pubienne. Nous leur préférons des ceintures hypogastriques ordinaires auxquelles on ajoute une *pelote sus-pubienne* plus ou moins épaisse; elles ont l'avantage de soutenir la masse intestinale et d'être moins brutales et moins gênantes. Nous en avons fait construire un modèle dont la partie abdominale très résistante, peu large et peu haute, ne présente aucune partie cintrée, et qui nous rend de grands services.

Quant aux *pessaires intra-utérins*, jamais nous ne les employons.

Antéflexion.

L'*antéflexion acquise*, qui se montre à la suite de maladies utérines ou péri-utérines, de préférence au cours de la métrite ou d'un état de subinvolution post-puerpérale, comporte les mêmes procédés de traitement que l'antéversion : redressement, séjour au lit dans le décubitus dorsal, pessaire-anneau, ceinture. Mais qu'on ne garde pas trop d'illusions, tout cela n'amène pas des résultats considérables. Le phénomène le plus pénible pour la malade, la *dysménorrhée* continue, car elle reconnaît une cause mécanique, la *couture du canal*, qui met obstacle à la sortie du sang et qui persiste. Contre cette douleur menstruelle, DE SIXÉTY préconise le *sulfate de quinine*, de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 en deux fois chaque jour, ou une *piqûre de morphine*. Modifier la cause de la souffrance, et tant qu'on n'a pas réussi, injections de morphine dans les paroxysmes insupportables, c'est, à notre avis, la meilleure conduite à tenir vis-à-vis d'un genre de colique utérine qui n'est pas sans analogie avec une colique hépatique ou néphrétique provoquée par la migration d'un caillot sanguin.

Le *redressement brusque* de la flexion par l'*hystéromètre*, quand il est possible sans danger, ne procure pas d'effet durable, et après l'enlèvement de la sonde, la chute se reproduit.

On observe des antéflexions qui sont heureusement modifiées par une *grossesse*, à condition de prendre toutes les précautions voulues pendant les suites de couches.

A défaut de grossesse, pour modifier le parenchyme utérin, on peut, suivant les conseils fort judicieux de LABADIE-LAGRAVE et de LEGUEU, pratiquer une *dilatation lente* de la matrice à la laminaire en maintenant rigoureusement la femme au lit. L'organe se ramollit, se redresse, et pour le fixer en bonne situation, ces auteurs

terminent par le tamponnement du vagin. Cette méthode leur a procuré des résultats de notable amélioration.

L'*antéflexion congénitale*, dont nous nous sommes déjà occupé à propos des accidents de la puberté, s'observe d'habitude en même temps que les arrêts de développement de l'appareil utérin, sténose des orifices, conicité et petitesse du col, etc. On pratiquera la *dilatation progressive* et le *redressement*, suivant les règles que nous avons exposées dans le chapitre qui envisage spécialement ces anomalies.

IV

Retrodéviation

Le traitement de la *réroversion* et celui de la *réroflexion* peuvent être confondus dans un même exposé.

Dans les déviations en avant, un des principaux effets de la ceinture hypogastrique *parait* être de soutenir et de relever le corps de la matrice, par contre la prescription d'une ceinture à une malade qui porte une rétrodéviation provoque-t-elle parfois, nous l'avons constaté nous-même, une certaine surprise. Contre les positions vicieuses en avant ou en arrière, le but recherché n'est pas seulement d'agir sur l'utérus par une pression directe, mais de supporter et diminuer le poids de la masse abdominale qui entretient et exagère la déviation.

La *ceinture hypogastrique* trouve donc encore ici ses indications. Pour le même motif, on veillera plus que jamais à ce que la *constipation chronique* n'accumule pas dans le rectum une quantité de matières qui pèsent avec d'autant plus de facilité sur le fond de la matrice que celui-ci parfois comprime cette partie du gros intestin. De plus, on recommandera à la malade de rester *couchée sur le ventre* aussi longtemps qu'il lui sera possible, et tous les soirs, au préalable, elle prendra et gardera un *lavement chaud*.

Les obstacles que nous rencontrons quand nous voulons pratiquer le *redressement* ne proviennent plus, comme pour l'antéversion ou l'antéflexion, de la tendance naturelle de l'organe à retomber dans le sens de sa situation anatomique normale. Au contraire,

cette tendance concourra avec nos soins pour favoriser la guérison. La cause qui arrête nos tentatives et les rend vaines réside dans l'existence de *brides*, vestiges d'inflammations anciennes, qui s'insérant à la fois sur les divers organes abdominaux et sur le corps utérin, le maintiennent en position vicieuse; le *massage*, les *tractions lentes et répétées* viennent à bout de leur résistance et finissent par les relâcher, mais pas toujours.

La réduction de la déviation se fait simplement avec les doigts ou à l'aide d'une sonde.

Pour la *réduction manuelle*, qui est préférable quand on soupçonne des brides, on peut commencer par introduire un doigt dans le rectum pour essayer de déplacer le corps de l'utérus; mais, le plus souvent, on pratique d'emblée le toucher vaginal en s'efforçant alternativement de pousser le corps en avant, le col en arrière, tandis que la main libre appliquée sur le ventre tâche de saisir le fond de l'organe et de l'attirer en position antérieure même exagérée.

Lorsqu'on veut opérer avec l'*hystéromètre*, on choisit pour intervenir le quatrième ou cinquième jour après les règles (que l'on a du reste constatées soi-même). Le passage de la sonde à travers la coudure d'une rétroflexion jusque dans les parties profondes du canal constitue parfois une manœuvre assez délicate et même douloureuse; et pour pénétrer dans la partie fléchie, il peut être nécessaire de la soulever au-devant de l'instrument avec l'index porté dans le cul-de-sac postérieur. Ce procédé resterait même souvent insuffisant si l'on ne changeait la direction et le sens de l'hystéromètre. Au lieu de l'introduire, comme dans les cas normaux, la concavité et la pointe en avant, le manche abaissé vers le fourchette, ce qui amènerait fatalement l'extrémité à buter contre le pli de la flexion, on le dirige la concavité et la pointe en arrière, le manche relevé vers le pubis, de telle façon que sa courbure s'adapte à la courbure vicieuse du canal utérin. Il devient alors plus facile de soulever le corps avec un doigt dans le rectum ou dans le vagin, afin que l'instrument entre jusqu'au fond. A ce moment, retournez la sonde pour présenter sa courbure en avant, mais non pas en imprimant un mouvement de rotation au manche; car en procédant ainsi, « vous feriez décrire au bec de votre sonde un arc de cercle considérable qui se passant dans une cavité aussi étroite que celle du col ou du corps y déterminerait des désordres, ou tout au moins des froissements pénibles et dou-

loureux. Considérez au contraire le bec de la sonde comme un centre immobile et faites décrire le mouvement d'arc de cercle au manche de l'instrument, alors le bec se porte dans les diverses directions » (GALLARD) en tournant sur place. Abaissez le manche vers la fourchette en exagérant la position en avant et mettez dans le cul-de-sac postérieur quelques tampons d'ouate. Cette manœuvre, je n'ai pas besoin d'insister, exige une mobilité complète de l'utérus. Fréquemment, on juge plus prudent de pratiquer une série de réductions manuelles en les faisant suivre d'applications de tampons dans le cul-de-sac, jusqu'à ce qu'on obtienne une situation qui se rapproche de la normale. Car on ne parvient pas toujours au redressement complet, et il arrive un moment où l'on sent que l'on ne gagne plus de terrain et que la matrice refuse d'aller plus loin en avant.

Pour maintenir la réduction, on place des *pessaires* et ceux auxquels nous avons recours de préférence sont le *pessaire coudé en caoutchouc durci* de HODGE et surtout le *pessaire en aluminium* de SIMS.

Contentons-nous de rappeler ici le traitement de la *rétroflexion* chez les vierges par l'*opothérapie thyroïdienne*, suivant la doctrine d'HERROGUE que nous avons exposée plus haut.