

ou trois fois par jour en les laissant en place une demi heure chaque fois.

**COMPLICATIONS QUI CONTRE-INDIQUENT L'EMPLOI
DES PESSAIRES ET INDICATIONS A REMPLIR DANS
QUELQUES CAS PARTICULIERS.**

Nous avons dit plus haut que certaines complications doivent faire rejeter l'emploi des pessaires et que la vaginite et la métrite chroniques exigeaient avant l'application de ces instruments un traitement antiphlogistique. Cependant, les excoriations et les ulcérations superficielles du vagin, sont des complications qui ne contre-indiquent pas toujours l'emploi de ces instruments, comme le pensaient *Ruisch* et *Boyer*; car la réduction suffit souvent pour dissiper l'inflammation vaginale qui est déterminée par le prolapsus utérin. Les cancers, siégeant sur le col ou sur le corps d'une matrice procidente contre-indiquent au contraire l'emploi des pessaires, soit parce qu'ils augmenteraient l'irritation et les douleurs, soit aussi parce qu'en faisant la réduction, on se priverait des facilités et des garanties de succès qui résultent de différentes opérations, entr'autres la cautérisation, la résection du col, et même l'ablation complète de l'organe cancéreux.

Si les ulcérations cancéreuses peu étendues, siégeant sur le col, ne contre-indiquent pas la réduction,

on devra pour tenir le viscère réduit, n'avoir recours qu'à une éponge fine, renouvelée souvent.

Lorsqu'il existe en même temps un polype et un prolapsus utérin, on doit extirper ce dernier avant de tenter la réduction qui alors est presque toujours très facile. De même lorsque la présence d'un calcul dans la vessie vient compliquer une chute complète de la matrice, il faut, selon le conseil de *Ruyseh* et *M. Dugès*, enlever d'abord le calcul par une incision directe. Enfin quand le prolapsus a lieu dans les premiers mois de la gestation, on doit opérer la réduction et maintenir la matrice réduite au moyen d'un pessaire ou au moins engager les femmes à rester au lit pendant les premiers mois de la grossesse. Les moyens sustentateurs et le repos sont ordinairement inutiles après le quatrième mois, parce qu'alors l'utérus procident au deuxième degré a acquis un volume assez considérable pour se maintenir au-dessus du détroit supérieur.

Si la précipitation a eu lieu et a subsisté pendant tout le temps de la gestation, il faudra aider la nature pour la terminaison de l'accouchement et suivre l'exemple de *Mauriceau*, de *Portal*, de *Ducreux* et de *Wagner*, qui après avoir dilaté peu à peu les bords amincis de l'orifice utérin, ont porté la main dans la cavité de l'organe gestateur, pour en extraire le fœtus et le placenta, et ont opéré la réduction de la matrice contractée sur son centre et revenue sur

elle-même. Lorsque les lèvres du museau de tanche seront le siège d'une induration s'opposant à la dilatation du col, on agrandira l'orifice par deux ou trois incisions pratiquées avec un bistouri boutonné; les cas de prolapsus compliqués de grossesse et d'induration du col utérin, sont extrêmement rares; car ils n'ont été observés jusqu'à présent que par *Mariques* de Versailles, *Choppart* et notre habile accoucheur *M. Capuron*.

TRAITEMENT CURATIF DU PROLAPSUS UTÉRIN.

Le traitement curatif du prolapsus de la matrice n'est que rarement suivi d'un succès complet. Pour obtenir une cure radicale de cette affection, on a conseillé une foule de moyens plus ou moins efficaces, entr'autres le repos et le décubitus prolongés, surtout en tenant le bassin plus élevé que les épaules; l'usage des pessaires graduellement diminués dans leurs dimensions, les injections astringentes et aromatiques, les bains froids, les sachets formés de tan et trempés dans du gros vin et les tampons stiptiques et astringents.

Quelques auteurs, particulièrement *M. Delloir*, ont conseillé une grossesse subséquente comme un excellent moyen pour obtenir une cure radicale de l'hystéropiose; sans partager tout-à-fait les opinions émises à cet égard, nous pensons que l'augmentation du volume qui résulte de la gestation, ne peut être avan-

tageux qu'autant que la malade garderait la position horizontale pendant les cinq premiers mois; dans le cas contraire, nous regardons l'état de grossesse comme étant nuisible et même dangereux. Du reste, pour se prononcer avec certitude sur ce moyen recommandé par *M. Delloir*, il faut attendre que l'expérience et de nouveaux faits en aient démontré la valeur. Pour obtenir la cure radicale de l'affection qui nous occupe, on a proposé également d'oblitérer le vagin, par l'adhésion des parois de ce canal; mais comme les membranes muqueuses contractent assez difficilement des adhérences entr'elles, nous pensons qu'on ne parviendrait pas aisément au résultat qu'on se serait proposé. Les difficultés que présente la cure des fistules recto et vésico vaginales, justifient assez nos craintes à cet égard; d'ailleurs l'inflammation vive, quoique factice, du canal vulvo-utérin, ne serait pas à l'abri de dangers, et pourrait déterminer les accidents les plus graves.

Le docteur *Marshall* de Hall, a publié une observation dans laquelle il assure avoir guéri un prolapsus utérin presque complet au moyen du rétrécissement artificiel du vagin. Ce chirurgien pratiqua dans toute la longueur de ce canal une lanière large de dix-huit lignes, dont il réunit les bords avec des points de suture. *M. le professeur Dugès* doute que le succès de cette opération puisse être durable, et il pense que, malgré son étroitesse, le vagin sera plus tard refoulé,

dilaté, et entraîné de nouveau par le poids de la matrice. Nous ne partageons pas toutes les craintes du savant professeur de Montpellier, si surtout on a le soin de combattre l'engorgement de l'utérus qui est le plus souvent la cause de la chute de cet organe. Quoique ce moyen curatif soit le plus douloureux, il nous semble mieux que tous les autres, capable d'amener une guérison radicale; du reste cette opération, dont l'idée première appartient à M. Girardin, a été pratiquée avec succès en France par M. Bérard jeune, et en Angleterre par M. Irving.

EXTIRPATION DE LA MATRICE DÉPLACÉE.

Nous terminerons ce que nous avons à dire sur ce sujet, en ajoutant qu'on a pratiqué quelquefois avec succès, l'extirpation plus ou moins complète de la matrice, lorsque ce viscère en état de prolapsus, se trouvait envahi par la gangrène ou une dégénérescence cancéreuse. Cette opération, à laquelle, comme dit Astruc (1), il ne faut jamais avoir recours qu'à la dernière extrémité, *in eidenti mortis periculo* a été très anciennement pratiquée avec succès, ainsi que le rapportent plusieurs auteurs, entre autres Aetius (2), Paul d'Égine (3), Berengarius

(1) Maladies des femmes, lib. II, tom. III, page 409.

(2) Tetrab. IV, Serm. IV, cap. 76.

(3) Lib. III, cap. 76 et lib. VI, cap. 6 et 22.

Carpus (4), J. Langius (2), Marc Gatinaria (3), Ant. Bénévenius (4), Christophus à Vega (5), Ambroise Paré (6), et plusieurs autres qu'il serait trop long de nommer.

Soranus, qui parmi les auteurs anciens s'est distingué par une heureuse témérité dans ses opérations chirurgicales, fait un précepte de l'extirpation de la matrice précipitée et putréfiée : « si la portion pendante de l'utérus s'ulcère à cause de l'âcreté des urines et de la malpropreté, si elle se putréfie » extirpez-la, dit-il, sans rien craindre; l'exemple » vous autorise à la retrancher : on l'a quelquefois » extirpée toute entière et le succès a couronné l'entreprise ». (Aetius, Tetrab. IV, Serm. 4. cap. 76 et Peyrille. Hist. de la Chirurg. tom. II, page 282.)

On a également obtenu la séparation de la matrice procidente et gangrénée, soit au moyen d'une ligature comprenant tout le pédicule, soit avec deux ligatures étranglant séparément les deux moitiés de la racine de la tumeur. Cette méthode, dont F. Rousset cite deux exemples de succès (7), a été également mise

(1) In isagoge anatomicâ.

(2) Epit. medic., epist. 39.

(3) Prat. cap. de exitu matricis.

(4) Observ. méd. observ. IX, de Mirand. morb. caus. cap. 12.

(5) Comment. ad aphoris, 18, lib. VIII.

(6) LXXIV, chap. XXVIII.

(7) De partu Cæsar., liber page 393.

en pratique suivant divers procédés par *Faivre Newham*, *Clarck*, MM. *Marshall*, *Windson*, *Récamier* et quelques autres praticiens distingués. Enfin parmi les méthodes rationnelles qui ont été proposées ou employées pour l'extirpation de l'utérus déplacé et se trouvant dans un état de désorganisation ne laissant aucun espoir, il nous reste à parler de l'étranglement avec excision immédiate de la racine de l'organe à retrancher; cette méthode a été employée avec succès par *Carpus*, *A. Paré*, *Baxter* et *Bernhard*.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Quoique l'excision de l'utérus depuis longtemps précipité soit très redoutable par ses suites médiales ou immédiates, nous allons décrire rapidement les principaux procédés employés pour pratiquer cette opération.

M. *Récamier* (1) attaque le vagin, puis la première incision étant faite, il écarte le tissu cellulaire avec les doigts jusqu'au péritoine, n'incise d'abord que les deux tiers supérieurs des ligaments et à l'aide d'une aiguille à manche de *Deschamps*, il porte une ligature sur le tiers inférieur qui contient l'artère utérine, et termine l'opération par l'ablation

(1) Revue médicale, 1825, tom. IV, page 593.

de l'organe. Ce procédé, employé par MM. *Récamier* et *Marjolin*, sur une femme dont l'utérus fortement abaissé, était le siège d'un fungus cancéreux, a été suivi d'un succès incomplet; car la malade a succombé deux mois après l'opération.

Le professeur *Delpech* (1), dont la chirurgie et l'humanité déplorent la perte récente, a pratiqué la même opération sur une femme de soixante-six ans, en procédant de la manière suivante: après avoir fait placer la malade comme pour l'opération de la taille, il divisa d'abord avec soin toute la paroi antérieure du vagin attaquée par le cancer, puis après avoir séparé avec précaution la partie antérieure du rectum qui se trouvait également engagée, il enleva la tumeur complètement isolée, fit la ligature des artères divisées, et remplit le vide laissé entre les parois vaginales qui restèrent, avec une éponge fine destinée à tenir les parties refoulées.

Le procédé de M. *Langenbeck* diffère de ceux que nous venons d'indiquer, en ce sens que cet habile chirurgien croit utile de disséquer minutieusement de l'extérieur à l'intérieur, la totalité du péritoine utérin, de sorte que cette membrane séreuse se trouve intacte après l'enlèvement de la matrice. Cette opération pratiquée par M. *Langenbeck* sur une femme affectée d'un prolapsus incomplet avec dégénérescence squirrheuse, fut couronnée du plus

(1) Mémorial des hôpitaux du midi, tom. II, page 612.

heureux succès, car la malade s'est parfaitement rétablie. L'ablation de l'utérus exécutée par ce dernier procédé, est si longue et si difficile, que nous ne pensons pas que M. *Langenbeck* trouve des imitateurs, d'autant plus que l'utilité de la dissection de tout le péritoine utérin ne nous paraît pas encore démontrée.

La séparation de la matrice au moyen d'une ligature, cause des douleurs très vives et expose en outre à comprendre dans le lien, soit l'urètre comme l'a vu *Ruysh*, soit un anse d'intestin et même la vessie. Pour produire moins de douleur et rendre en même temps la section plus prompte, *Faivre*, et après lui M. *Windsor* ont traversé le pédicule avec un double ruban destiné à en étrangler séparément les deux moitiés. Si malgré les inconvénients que nous venons de signaler, on voulait avoir recours à l'une de ces manières d'opérer par étranglement, nous pensons qu'il serait plus avantageux d'exciser aussitôt toute la masse qui se trouve au-dessous de la ligature simple ou double que d'attendre que la séparation fût produite seulement par la constriction des liens. Pour éviter autant que possible de blesser les intestins ou la vessie, il faudrait imprimer quelques secousses au bassin qui devrait être placé de manière à se trouver plus élevé que les autres parties du corps. Néanmoins, lorsque l'ablation de l'utérus déplacé sera la seule planche de salut qui puisse laisser

quelque espoir de sauver la malade, on devra, pour opérer la séparation de l'organe, préférer l'instrument tranchant à la ligature, parce que par l'excision, l'opération est moins douloureuse, plus prompte, et offre en outre une plus forte proportion de succès que par l'étranglement.

DE L'ANTÉVERSION ET DE LA RÉTROVERSION DE LA MATRICE.

On a donné le nom d'*antéversion* et de *rétroversion* aux déviations de la matrice dans lesquels l'axe longitudinal de ce viscère se trouve placé plus ou moins horizontalement dans le bassin.

Comme ces deux déplacements utérins offrent entr'eux beaucoup d'analogie, sous le rapport des causes qui les produisent, des accidents qu'ils déterminent et du traitement qu'ils réclament, nous avons cru ne pas devoir séparer leur étude, afin de donner par ce rapprochement plus de clarté et plus de précision à leur histoire.

Dans l'antéversion, le fond de l'organe gestateur est porté vers la symphyse pubienne et le col vers le sacrum; dans la rétroversion l'axe longitudinal est également transversal d'arrière en avant; mais alors le corps de l'utérus se trouve logé dans la courbure du sacrum, et le museau de tanche est en rapport avec la face postérieure des pubis.

Les écrits d'*Hippocrate* contiennent plusieurs passages qui prouvent que les déviations de la matrice avaient fixé son attention, et il n'y a aucun doute qu'il n'ait voulu parler de la rétroversion, lorsqu'il a dit : *Si uteri ad medios lumbos fuerint, dolor imum ventrem, deinde crura detinet, cumque ventris onus deponit, acutiores, suboriuntur stercusque non nisi vi progreditur, urina guttatim fertur, et animo linquitur, etc.* (1).

Dans les fragments tirés des ouvrages d'*Aspasie* (de reclinat. acens. et recurs. uteri), qu'*Aetius* nous a fait connaître (2), on voit que cette femme médecin parle d'une manière très positive de la rétroversion dont elle indique un traitement rationnel que nous ferons bientôt connaître.

Dans son ouvrage sur la maladie des femmes publié en 1604, *Rodericus à Castro*, médecin juif Portugais qui fit ses études à Salamanque et vint se réfugier à Hambourg où il mourut, reproduisit très-incomplètement ce qu'avaient dit *Hippocrate et Aspasie* sur les renversements de l'utérus ; *Israel-Spachius* professeur de Strasbourg, qui a recueilli tout ce qu'on avait écrit avant lui sur les maladies des femmes, parle également des déviations utérines, dans son ouvrage, publié en 1597, sous le titre de *Gynæciorum, sive de mulierum etc., affectibus et*

(1) De natur. mulier. op. T. II, pag. 542. edent. Kilm.

(2) Tetrab. IV. serm. 4. cap. 76 et 77.

ANTÉVERSION ET RÉTROVERSION DE LA MATRICE. 269
morbis. Depuis ces auteurs, *Grégoire*, chirurgien de Paris, a le premier parlé d'une manière particulière de la rétroversion et de l'antéversion ; il faisait connaître avec détails ces déplacements aux élèves qui suivaient ses cours particuliers d'accouchement ; et c'est même aux leçons de ce professeur que *Walther Wall*, chirurgien anglais, puisa les premières notions qu'il eut sur les déviations de la matrice ; de retour dans sa patrie, ayant été consulté en 1754 pour un cas de rétroversion, il se rappela les préceptes de Grégoire, et pria le célèbre *Hunter* de l'aider de ses conseils, ce qui n'empêcha pas la malade de succomber le huitième jour.

Hunter, regardant cette affection comme étant digne de fixer l'attention des gens de l'art, en fit le sujet d'un travail spécial publié en 1770 dans le quatrième volume du recueil intitulé, *Medical observation and inquiries*, et donna à cette affection le nom de *rétroversion* qui depuis, a été généralement adopté. *Walther-Wall* et *Lyne* appelèrent ce déplacement, *hernia uteri*, *Levet* le désigna par le nom de *renversement transversal*, et *Desgrange* par celui d'incubation.

Depuis *Hunter* et *Lyne*, un grand nombre d'auteurs ont publié des travaux spéciaux sur ce sujet, entr'autres : *Levet* (1), *Wlzebeck* (2), *Wall* (3),

(1) Remarques sur les déplacements de la matrice. Ancien journ. de méd. Tom. 40

(2) De utero retroflexo. 1777.

(3) Dissertat. de uteri retroversione. 1782.

Desgranges (1), dont le mémoire fut couronné en 1783, par l'académie de chirurgie, *Frédéric Jahn* (2), *Cockell* (3), *Murray* (4), *Baudelocque* (5), *Meriman* (6), *G.J. Schweighauser* (7), *Schmitt* (8), et *Ameline* (9). La science possède encore un grand nombre d'observations, publiées dans divers recueils, par *Rischter* (10), *Garthshore*, *Bird* et *Hoper* (11), *J. Clarck* (12), *Klein* (13), *Schneider* (14), *Kirschner* (15), *Brünninghausen* (16), *M. Hervez de Chegouin* (17), *Madame Boivin* et *M. Dugès* (18), *M. Bazin de Basseneville* (19), et quelques autres, qu'il serait trop long de citer.

(1) Journal de méd. Tom. 66. pag. 85.

(2) De utero retroverso. 1787.

(3) Essay on retroversion of the uterus. 1785.

(4) Uteri retroversionum animadversiones. 1797.

(5) Du renversement de la matrice. 1803.

(6) On retroversion of the womb. 1810.

(7) Aufsätze über einige, etc. 1817.

(8) Bemerkungen und erfahr. c-à-d. Remarq. et expéri. sur la rétrov., Vienne, 1820.

(9) Dissert. sur l'antéversion. Paris, 1827. N° 55.

(10) Chirug. Biblioth. b. V. pag. 521. b. IX. pag. 182.

(11) Medical. observ. and inquir. Tom. IV. V. et VII.

(12) Practic. essay on the menag. of pregnancy. and labour.

(13) Chir. Bemerkungen pag. 235.

(14) Chirurg. Biblioth. Richter, 1791.

(15) Stark's archiv. für die geburtsh. B. IV. St. 3. 637.

(16) Journ. de Siebold. B. III. St. I. (Année 1819.)

(17) Mémoires de l'Acad. de Méd. T. II. pag. 319. 1833.

(18) Traité des malad. de l'utérus. 1833.

(19) Mémoire sur la rétroversion. Annales franç. et étrang. d'anat. et de physiol. Mars. 1837. Paris, Levrault.

L'antéversion et la rétroversion peuvent avoir lieu dans l'état de vacuité de la matrice et pendant la gestation; mais, en général, les déviations utérines, toujours plus considérables dans la rétroversion que dans l'antéversion, ne sont plus possibles après le quatrième mois de la grossesse, parce qu'à cette époque, le diamètre longitudinal de l'organe gestateur est plus grand que celui du bassin mesuré de la symphise pubienne au sacrum.

L'antéversion, qui est très rare pendant la grossesse, est assez fréquente pendant la vacuité; la rétroversion, au contraire, a été le plus souvent observée pendant la gestation. *Frédéric de Jahn* n'admettait la rétroversion complète que chez les femmes enceintes; mais *Levret* et *Saxtorph* prouvèrent les premiers, par des faits bien observés, que cette dernière espèce de déviation utérine avait lieu non seulement chez les femmes mariées nullipares, mais même chez les vierges. Le docteur *Schweighauser*, de Strasbourg, a rencontré 44 cas de rétroversion de matrice; 35 ont été observés sur des femmes non enceintes; les 5 autres seulement appartiennent à l'état de grossesse. Parmi les 35 premières, il y avait une femme de 72 ans; un cas a été observé pendant une suite de couche, et un autre a été fourni par une vierge, qui présentait la membrane de l'hymen dans toute son intégrité. Le docteur *Bazin de Basseneville*, qui nous a fait connaître les résultats de *M. Schwei-*

ghauser, a publié également dans les Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie (mars 1837), plusieurs observations de rétroversion de la matrice chez des femmes nullipares ou vierges. La plupart de ces faits, revêtus de toute l'authenticité désirable, sont tirés de la pratique de MM. *Brunnighausen* de Würzburg, *Schmitt* de Vienne, *Schneider* de Balby, *Kirschner* de Pœneck; enfin, le traité des maladies de l'utérus, publié par Madame *Boivin* et M. *Dugès*, nous donnent l'histoire de trois cas de rétroversion dans l'état de vacuité. Ce déplacement n'est donc pas aussi rare qu'on le pense généralement hors le temps de la grossesse.

L'antéversion et la rétroversion peuvent s'opérer lentement ou d'une manière subite. Dans le premier cas, les accidents sont d'abord légers, et ils augmentent chaque jour d'intensité en suivant une marche graduée; tandis que dans le second cas, la déviation de l'utérus s'annonce tout-à-coup par des symptômes alarmants, si surtout c'est une rétroversion. Les causes prédisposantes des déplacements qui ont lieu lentement sont: la mobilité naturelle de la matrice, un certain degré d'étroitesse du bassin, une forte courbure du sacrum, une saillie prononcée de l'angle sacro-vertébral, la pression lente et prolongée des intestins sur le fond et sur l'une des faces de l'utérus. Les accidents qui surviennent sont moins

en raison de l'étendue de la déviation, que du volume de la matrice comparé au diamètre antéro-postérieur du bassin. En supposant l'organe gestateur dans l'état de vacuité et la cavité pelvienne d'une grandeur ordinaire, lorsque le déplacement se fait d'une manière graduée, la femme éprouve d'abord une pesanteur incommode dans le bassin; puis insensiblement les aînes, les lombes, les cuisses, deviennent le siège de tiraillements et de douleurs de plus en plus vives; bientôt les symptômes de l'état inflammatoire de la matrice se manifestent, les souffrances deviennent plus aiguës, la menstruation se déränge, augmente ou diminue; un écoulement leucorrhœique parfois sanguinolent a lieu dans l'intervalle des règles; les digestions sont pénibles, l'appétit se perd, l'embonpoint disparaît, les forces diminuent; enfin, il survient souvent un état fébrile qui est quelquefois très fort et continu, et qui, dans d'autres cas, est léger et caractérisé seulement par de la chaleur et de l'agitation le soir et pendant la nuit. Si la cessation des règles a lieu naturellement, la femme se trouvant à l'âge critique, les déviations utérines peuvent cesser d'avoir des effets sensibles, et souvent tous les accidents se calment peu à peu, parce que l'utérus a diminué de volume en perdant une partie de sa vitalité.

Aux accidents que nous venons de signaler, vient toujours se joindre un sentiment de pression sur le