

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,