

dant les périodes menstruelles au moyen de lavements opiacés, d'injections morphinées, de bains, de cataplasmes laudanisés, d'injections vaginales chaudes, etc.; à prescrire à la malade une position inverse de celle de la déviation utérine (décubitus ventral dans la rétroflexion). En cas de métrorragie l'ergot de seigle rendrait des services.

c. Traitement curatif. — Après s'être assuré qu'il n'existe pas d'adhérences, le chirurgien devra replacer l'organe dans sa situation normale et l'y maintenir.

1° Réduction. — La réduction se pratique avec les doigts de préférence aux instruments. Pendant que ceux d'une main amènent le col en avant ou en arrière, les doigts de l'autre main font basculer le corps pour le ramener dans une bonne position; au besoin, en cas de rétroflexion, on introduira deux doigts dans le rectum pour repousser en haut et en avant le fond de l'utérus. Un autre précepte est de « faire porter le sens des pressions dans une direction latérale, de façon que le fond de l'utérus regarde l'articulation sacro-iliaque d'un côté, le col étant dirigé vers la cavité cotyloïde du côté opposé » (DE SINÉTY).

En cas de version ou s'il y a des adhérences, ce qui arrive presque toujours lorsque l'affection est ancienne, la réduction présente des difficultés. Il faut alors faire des tentatives successives, employer des ballons de caoutchouc pour agir lentement sur l'utérus. DE SINÉTY recommande le massage de l'organe tous les deux ou trois jours.

2° Contention. — Comme la réduction se maintient rarement, on doit, afin de faciliter la contention, appliquer l'un des instruments auxquels on a donné le nom de *pessaires*, les uns vaginaux, les autres utérins.

Pessaires vaginaux. — Les tampons ouatés sont les plus simples; les fabricants, sur les indications des chirurgiens, ont construit une foule de modèles qui peuvent être utilisés dans la pratique. Les uns sont en métal, en bois, en gutta-percha, en ivoire, d'autres en caoutchouc (anneau de DUMONT-



Fig. 149. — Pessaire de SMITH.

PALLIER) (fig. 152, 153). Pour la rétroversion et la rétroflexion, signalons ceux de SMITH (fig. 149), SCHULTZE, COURTY (fig. 150, 151); pour l'antéflexion ceux de J. THOMAS, GROULY HEVIT. Ces instruments agissent sur le col de l'utérus, non seulement en l'empêchant de reprendre sa position vicieuse, mais encore en le soulevant et en fixant les parois. Aussi est-il bon de combiner leur emploi avec celui des ceintures hypogastriques.

Il ne faut pas appliquer les pessaires tant qu'il y a de la métrite ou des symptômes inflammatoires; de plus le chirurgien se rappellera que dans bien

des circonstances les pessaires les mieux faits ne sont pas tolérés; parfois ils aggravent les accidents et la pelvi-péritonite, les abcès de la fosse iliaque ont

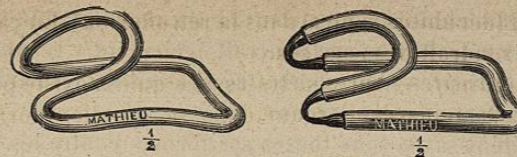


Fig. 150. Fig. 151.
Pessaire de COURTY.

mis la vie des malades en danger. D'un autre côté on voit des femmes immédiatement soulagées par la seule application d'un pessaire. Il sera prudent d'exercer une surveillance pendant les premiers temps, de s'assurer de la

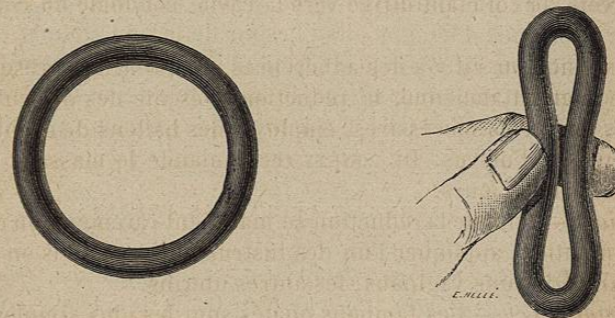


Fig. 152. Fig. 153.
Anneau pessaire de DUMONT-PALLIER.

bonne position de l'instrument; il faudra le nettoyer de temps à autre pour éviter les concrétions et les perforations ulcéreuses dont il a été question à propos des corps étrangers du vagin. On peut sans inconvénients laisser un

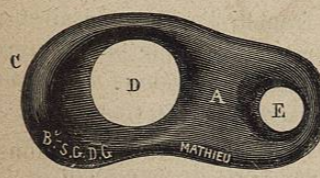


Fig. 154. — Pessaire de FOWLER.
A, corps, — BC, branches placées dans les culs-de sac, — D, partie inférieure.

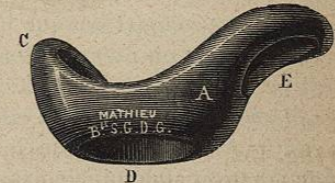


Fig. 155. — Le même, vu de face.

pessaire en place pendant les règles et même au commencement de la grossesse. *Pessaires intra-utérins.* — Leur but est d'agir plus directement que les précédents sur l'utérus dévié pour le fixer dans une bonne position. L'utilité de ces

instruments est encore contestée; les uns vantent outre mesure des succès certains : GONTCHAROW préconise les redresseurs d'après la pratique de TARNOWSKI; d'autres accusent ces pessaires de produire des métrorragies, d'exposer à des accidents inflammatoires mortels. COURTY recommande le tuteur utérin de SIMPSON pour la rétroflexion; on pourrait également y recourir dans l'antéflexion chez les nullipares pour combattre la stérilité; en pareil cas la dilatation cervicale serait moins dangereuse.

L'électricité a été essayée sous toutes ses formes contre les déviations utérines et SIMPSON avait imaginé un pessaire intra-utérin formé de deux métaux, zinc et cuivre. Quelques améliorations et beaucoup d'insuccès, tel est le bilan de cet agent thérapeutique.

Contre l'antéversion on a institué un traitement opératoire qui consiste à faire une perte de substance à la paroi vaginale antérieure; MERMANN avive la paroi postérieure du vagin et la suture à la lèvre antérieure du col.

S'il s'agit d'un utérus gravide en rétroflexion, le premier soin, après avoir reconnu l'affection, ce qui offre parfois de sérieuses difficultés, sera de vider la vessie avec une sonde d'homme et au besoin de la ponctionner si ce moyen échoue. Si les tentatives de réduction restaient inefficaces, il serait indiqué de pratiquer l'avortement directement par le col si c'est possible, ou, dans le cas contraire, par la ponction de l'œuf à travers les parois vaginales.

2° ABAISSEMENT ET PROLAPSUS UTÉRINS

Bibliographie. — LE FORT, *Bull. de therap.*, 1877. — KALTENBACH, *Centr. f. Gyn.*, 1880. — MARTIN, *Sammlung klin. Vorträge*, n^{os} 183 et 184, 1880. — NEUGEBAUER, *Centr. f. Gyn.*, 1881. — EUSTACHE, *Arch. de tocologie*, 1882.

L'abaissement ou prolapsus résulte d'un changement de position de l'utérus suivant un plan horizontal. Normalement chez les nullipares, le col est à 0^m,055 de l'orifice vaginal, le cul-de-sac antérieur à 0^m,062 et le postérieur à 0^m,075. Chez les mêmes femmes la station debout a peu d'influence sur ces mesures, tandis que chez celles qui ont eu plusieurs enfants l'utérus s'abaisse alors d'un centimètre environ.

Le prolapsus est *complet* lorsque le col a franchi l'orifice vulvaire; on dit encore qu'il y a *chute* ou *précipitation*; au contraire dans le prolapsus *incomplet* le col ne franchit pas l'orifice vaginal. Les expressions *d'abaissement*, *prolapsus*, *descente*, *chute* servent encore à désigner cet état.

Étiologie. — A ce point de vue le prolapsus est aigu ou chronique. Une chute, une pression abdominale exagérée, des efforts de vomissement ont pu amener rapidement cette affection; il y avait distension concomitante de la vessie; mais en général l'affection évolue lentement.

Nous avons dit que chez les multipares il existait un abaissement constant dans la station debout; la grossesse constitue en effet la principale cause du relâchement des ligaments. D'un autre côté la marche prématurée après l'accouchement, alors que l'utérus est encore lourd et le vagin lui-même épaissi,

contribue au développement de cette maladie. Cependant on a vu des nullipares atteintes de prolapsus.

Toutes les causes pathologiques telles que la métrite, les néoplasmes qui augmentent le poids de l'organe, agissent de la même façon que la grossesse. Signalons en outre l'inversion vaginale. En dehors des vices de conformation, le prolapsus, affection de l'âge adulte, présente son maximum de vingt-cinq à trente-cinq ans; les classes pauvres y sont plus exposées. Enfin la rétroversion et la rétroflexion précèdent presque toujours la chute de l'utérus.

Anatomie pathologique. — Si le prolapsus est complet, on constate à la vulve une masse rouge ou violacée, piriforme, tantôt grosse comme un œuf, tantôt comme le poing et même davantage (fig. 156). Le vagin, qui accompagne

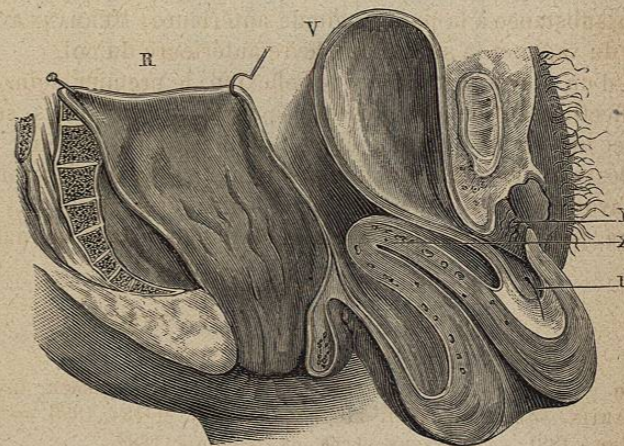


Fig. 155. — Coupe antéro-postérieure du bassin dans un cas de prolapsus de l'utérus. (D'après CRUVEILHER.)
U, utérus, — V, vessie. — Y, canal de l'urètre, — R, rectum.

l'utérus dans sa descente, recouvre la tumeur dans sa plus grande partie; la muqueuse offre un aspect lisse, cutisé, sauf en arrière où existent quelques plis normaux. A la partie inférieure il est facile de reconnaître le col souvent hypertrophié, ulcéré; son orifice présente parfois une dilatation assez marquée pour que le coït ait été praticable, et l'ectropion des lèvres du museau n'est pas rare (fig. 155). Lorsque la chute de la matrice se complique de cystocèle, circonstance assez commune, le col se dévie en arrière.

En général l'utérus paraît congestionné, sans doute par le fait de la gêne circulatoire qui, dans certains cas, atteint un degré suffisant pour amener la mortification d'une partie de la tumeur. Si le prolapsus existe depuis longtemps, la matrice dont les ligaments sont très relâchés contracte des adhérences nouvelles qui jouent un rôle important dans l'irréductibilité de la tumeur.

Les rapports nouveaux des organes contenus dans le bassin méritent de fixer l'attention. La vessie et le rectum entraînés dans la chute de la matrice, surtout dans le prolapsus lent, subissent des déviations, des déformations et des tiraillements. A la place de l'utérus se forme un entonnoir dans lequel

s'enfoncent les culs-de-sac péritonéaux et les anses intestinales. Parmi les complications de voisinage notons la cystite catarrhale ou calculeuse, la rétention d'urine, les altérations rénales, l'hydronéphrose, l'oblitération et l'hydropisie des trompes, les hernies.

Symptômes. — 1° *Prolapsus aigu.* Les malades ressentent après l'accident une vive douleur dans le ventre, elles ont la sensation d'une déchirure profonde en même temps que celle d'un corps étranger prêt à sortir. Les tiraillements exercés sur les culs-de-sac s'accompagnent d'un certain degré de péritonisme qui se traduit par des vomissements, des syncopes, etc.

2° *Prolapsus chronique.* — Douleurs lombaires, sensation de pesanteur per-

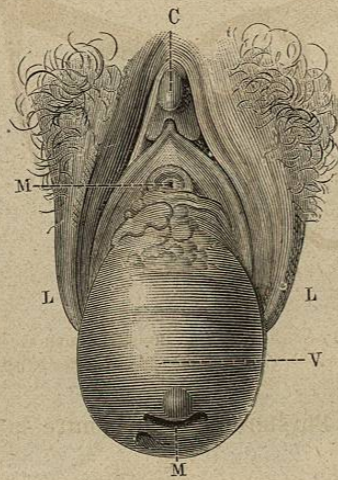


Fig. 156. — Prolapsus utérin. (D'après CRUVEILHIER.)
C, clitoris, — M, méat urinaire, — D, grandes lèvres, — V, vagin, — M, orifice du col utérin. (DE SINÉTY).

sistante, progressive dans le bassin, fatigue au moindre effort, affaiblissement, besoin d'expulser qui provoque des contractions, tels sont les principaux symptômes subjectifs. D'ailleurs les phénomènes observés offrent une grande variabilité suivant le degré de la métrite. Les troubles de la défécation et principalement de la miction acquièrent une réelle importance dans le cas de cystocèle (incontinence ou rétention, calculs) et ils peuvent conduire par une série d'accidents progressifs à la néphrite et à l'urémie. En général la menstruation n'est irrégulière que s'il y a de la métrite; au nombre des complications, signalons les ulcérations et la gangrène de la tumeur.

Diagnostic. — L'ensemble des symptômes subjectifs joint au toucher et à l'exploration bimanuelle fournira au chirurgien des renseignements qui lui permettront de reconnaître l'abaissement ou chute incomplète de la matrice.

Peut-on confondre le prolapsus complet avec un polype? Cette erreur nous semble facile à éviter, car dans un cas l'orifice cervical fait défaut; en outre la consistance des deux tumeurs diffère et le prolapsus utérin coïncide avec la cystocèle qui constitue une tumeur fluctuante en avant et en haut. Dans l'in-

version utérine il n'y a pas d'orifice inférieur; de plus la tumeur étranglée à sa base n'a pas le même aspect. Le col occupe sa place normale lorsqu'il s'agit d'un prolapsus vaginal. Enfin l'allongement hypertrophique du col se différencie du prolapsus utérin par les caractères suivants: le fond de l'utérus est

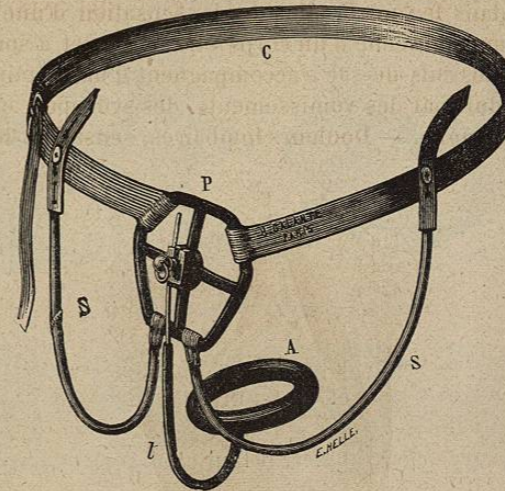


Fig. 157. — Pessaire anneau de DUMONTPALLIER avec support.
A, pessaire anneau, — C, ceinture, — T, tige destinée à supporter le pessaire A, — SS, sous-cuisses.

à sa place ordinaire et l'hystéromètre démontre la longueur exagérée de l'utérus.

Pronostic. — Si le prolapsus peut être toléré, chez la plupart des malades il constitue une infirmité sérieuse, douloureuse. La stérilité en est

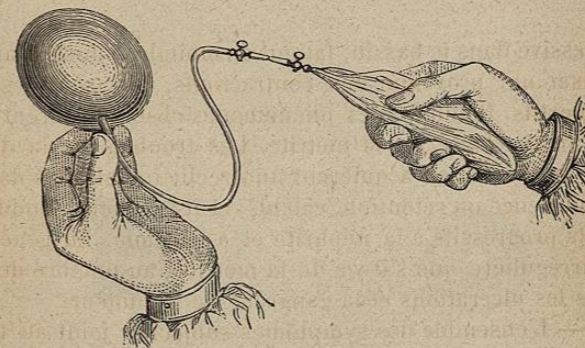


Fig. 158. — Pessaire de GARIEL distendu par l'air.

parfois la conséquence; si la grossesse survient, l'utérus remonte et presque toujours s'affaisse de nouveau après l'accouchement. En tout cas la tumeur gêne le coït, entraîne des troubles de la fonction urinaire et de la défécation, expose aux complications mentionnées plus haut. Toutes choses égales, les