

l'ovaire; cependant, en pareil cas, le développement graduel de la tumeur est tout autre que le développement secondaire qui se produit dans les cas de rétroversion.

III. *Avec les ascites.* — La production rapide de la tumeur, la forme et, par-dessus tout, le cathétérisme font la base du diagnostic (1).

§ IV. — Traitement.

Tous les auteurs sont d'accord pour conseiller d'abord de ramener l'utérus à sa position normale; toutefois, ceci n'est pas toujours facile et ne doit pas être essayé dès le début; on doit, en premier lieu, introduire une sonde, si cela se peut, et vider complètement la vessie. Si l'utérus n'est pas très-volumineux, il peut se faire qu'une fois l'urine évacuée, l'organe se redresse de lui-même et cela même dans certains cas où l'on ne pourrait le remettre en place à moins de déployer une force considérable (2). A ce sujet, Hunter fait remarquer que, si l'on suppose la chose probable, il faut d'abord toucher par le vagin et le rectum pour se rendre compte de la situation; ensuite on vide la vessie avec une sonde, on donne un lavement purgatif, et, une fois les intestins vidés, l'utérus reprend sa position sans aucune difficulté. Dans un cas, il a vu l'utérus reprendre ainsi sa position, immédiatement après les évacuations dont nous venons de parler. Dans un autre cas, le déplacement se reproduisit plusieurs fois jusqu'à ce que l'utérus devint assez volumineux pour ne plus retomber en arrière. Ramsbotham (3) a rapporté huit cas de redressement naturel de l'utérus, une fois que la vessie avait été vidée. Pour ajouter à l'effet produit par l'évacuation de la vessie, Blundell et Duncan conseillent de faire placer chaque jour la femme pendant plusieurs heures sur ses genoux et ses coudes.

Si ces moyens échouent, on ne peut cependant rester inactif. Au bout de très-peu de temps, l'utérus devenu plus volumineux se fixerait dans cette position anormale, et par une pression continue sur les organes voisins, viendrait compromettre la vie des malades. En pareil cas, il faut d'abord s'assurer s'il y a, comme cela arrive souvent, inflammation de l'utérus ou de quelque organe voisin, et, si cela est, il faut faire une saignée du bras, prescrire des fomentations émollientes et un bain de siège chaud avant d'essayer seulement de redresser l'utérus. Cela fait, un doigt est introduit dans le rectum ou dans le cul-de-sac postérieur du vagin, un autre doigt dans le cul-de-sac antérieur du vagin, pour repousser le fond de l'organe

(1) Voyez Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article ACÉPHALOCYSTES. Paris, 1829, t. I, p. 254. — Bellanger, *Mémoire sur la rétroversion de l'utérus* (*Revue médicale*, 1824, t. I, p. 229). — Lallemand, *ibid.*, 1824, t. II, p. 191. — Davaine, *Traité des entozoaires*. Paris, 1860.

(2) Ingleby, *Facts and cases*, p. 67.

(3) Ramsbotham, *Medical Times and Gazette*, 23 octobre 1852, p. 408; *Obstetric Medicine and Surgery*, 4^e édition. London, 1856, p. 655.

en même temps qu'on abaisse le col (1). Si un doigt dans le rectum est insuffisant, on a proposé d'introduire toute la main; mais on peut se demander si un procédé aussi violent ne peut pas faire plus de mal que de bien. On repousse l'utérus en haut et en avant pour le dégager du promontoire du sacrum. Il est assurément difficile de faire passer le doigt au-dessus du col pour l'abaisser comme avec un crochet, et il me semble qu'on est justifié d'avoir recours, en pareil cas, à une pince à crochets. Je ne sache pas que ce procédé ait été employé, mais il me paraît remplir une indication utile, d'abaisser le col avant de relever le fond de l'utérus; si cela peut se faire, les autres temps de l'opération ne présentent plus aucune difficulté. Dugès (2) recommande d'introduire une sonde dans la vessie pour s'en servir à déprimer le col.

Pour remplacer la main, et comme moyen de réduction plus efficace, Ch. Halpin, de Cavin (Irlande), a proposé d'introduire dans le vagin une vessie vide, que l'on gonfle ensuite avec une pompe. Dans un cas où tous les autres moyens avaient échoué, il a employé avec succès ce procédé. Assurément, cette méthode devrait être essayée avant d'en venir aux procédés opératoires. Voici, du reste, le fait de Halpin: « Après avoir échoué avec la main, il me vint à l'idée qu'au moyen d'une poche bien gonflée, je remplirais le vagin et pourrais repousser les organes dans l'abdomen. Voici comment je m'y pris: J'attachai solidement une vessie vide d'air à l'extrémité d'une pompe à air; la vessie fut trempée dans de l'eau chaude pour prendre à peu près la température du corps, puis introduite dans le vagin entre le fond de l'utérus et le rectum. Je la maintins fortement en place, puis, au moyen de la pompe, je la distendis peu à peu. La malade se plaignit d'une sensation de gonflement et de tension, mais cependant sans une vraie douleur. Au bout d'un instant, je cessai d'insuffler de l'air et je constatai que la vessie exerçait de toutes parts une pression douce et continue. Après un espace de cinq minutes, j'insufflai une notable quantité d'air; tout à coup la malade me dit: Ah! vous me repoussez quelque chose dans l'estomac. Je m'arrêtai et maintins tout en place; puis, ayant laissé échapper un peu d'air, j'introduisis un doigt dans le vagin; j'eus alors la satisfaction de constater qu'il n'y avait plus de tumeur dans le bassin, que l'orifice utérin était directement au bout de mon doigt porté en bas et en arrière. Alors seulement je retirai la vessie (3). »

(1) Hirt in Starke, *Archiv für Geburtshülfe*, t. I, p. 48. — Becher in Starke, *Archiv*, p. 136. — Kratzenstein in Seiss, *Specimen inaugurale sylloge observ. var.* Copenhague, 1782. — Vermandois, *Journal de médecine*, t. LXXXVIII. — Mursinna, *Abhandlung von den Krankheiten der Schwangeren*, t. I, p. 58. — Haselberg, *Untersuchungen über einige Gegenstände der Geburtshülfe*. Berlin, 1807, p. 109. — Melitsch, *Abhandlung von der Umbeugung der Gebärmutter*. Prag., 1790. — Meckel in Abraham Wall, *Diss. de uteri gravidæ retroflexione*. Halæ, 1782.

(2) Dugès, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. RÉTROVERSION. Paris, 1835, t. XIV, p. 355.

(3) Halpin, *On retroversion of the uterus* (*Dublin med. Journal*, 1^{er} mars 1840, t. XVII, p. 76; *Archives gén. de méd.*, sept. 1840, p. 88).

Baud a imaginé un instrument composé de deux branches courbes pour passer, l'une dans le vagin et l'autre dans le rectum. Celle du rectum est plus longue; toutes les deux sont arrondies à leur extrémité. Suivant les circonstances, la branche vaginale peut être raccourcie ou allongée. Avec cet instrument, Baud a réussi plusieurs fois à remettre en place la matrice.

[M. Gariel (1) a proposé un pessaire à réservoir d'air qui se compose de deux pelotes à moitié remplies d'air avec tubes qui viennent s'attacher sur un robinet.

Avant de s'en servir, il faut faire passer d'un seul côté tout l'air contenu dans les deux pelotes (fig. 144 et 145) et fermer le robinet.

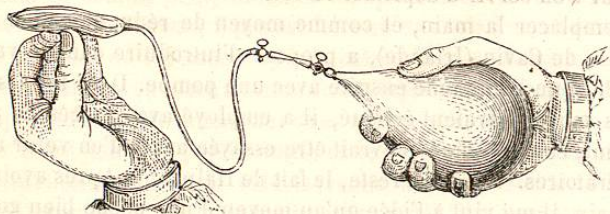


Fig. 144. — Pessaire à réservoir d'air (vide).

La pelote vide d'air (pelote-pessaire), 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

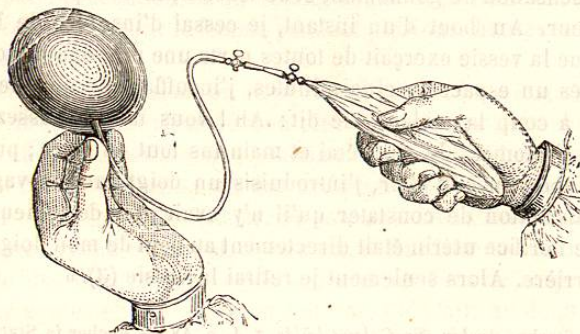


Fig. 145. — Pessaire à réservoir d'air (plein).

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

(1) Gariel, *Gazette des hôpitaux*.

parois, se fixe aux vêtements. (Le moyen le plus simple consiste à la passer dans un des cordons de la ceinture.) Elle est, comme je l'ai déjà dit, vide d'air, réduite au volume de ses parois, et ne produit jamais de gêne.

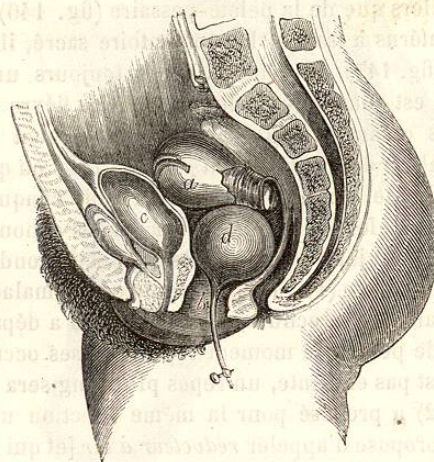


Fig. 146. — Pelote-pessaire en place avant la réduction.

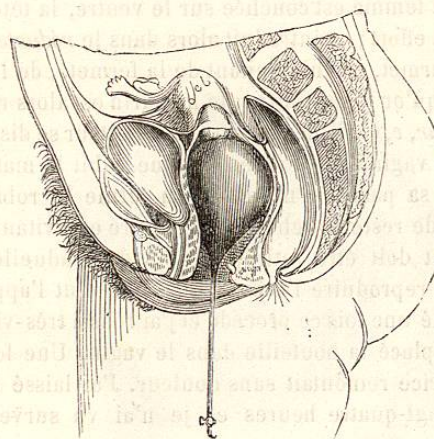


Fig. 147. — Pelote-pessaire en place après la réduction.

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 est exécutée avec facilité et dès la première séance par les malades.

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. L'appareil en place ne se compose plus alors que de la pelote-pessaire (fig. 146).]

Une fois que l'utérus a franchi le promontoire sacré, il reprend facilement sa position (fig. 147). En général, il y a toujours un peu d'inflammation : le vagin est chaud, sensible, il y a de la fièvre : mais des antiphlogistiques, des opiacés et du repos font facilement disparaître ces symptômes. La malade doit garder le lit pendant trois ou quatre semaines. S'il y a tendance à une rechute, une ou deux fois chaque jour, pendant une heure ou plus à la fois, on la fait placer sur les genoux et les coudes, et plusieurs fois chaque jour on vide la vessie avec la sonde pour prévenir toute accumulation d'urine (1). Si l'on suppose que la malade soit enceinte, il n'y a plus de danger de rechute, quand l'utérus a dépassé le bord du bassin, et la malade peut à ce moment reprendre ses occupations. Si, au contraire, elle n'est pas enceinte, un repos plus long sera nécessaire.

Alexis Favrot (2) a proposé pour la même affection une bouteille de caoutchouc qu'il propose d'appeler *réducteur à air* [et qui rappelle les appareils de Gariel. Quant au mode d'application, le réducteur étant vide d'air et préalablement chauffé dans la main, on le trempe dans une eau mucilagineuse. La femme est couchée sur le ventre, la tête un peu basse, on lui interdit tout effort; on introduit alors dans le *réducteur* (fig. 148, *d*), un mandrin qui permet, en lui donnant de la fermeté, de le faire pénétrer jusqu'à la tumeur qu'on y rencontre; le mandrin est alors retiré, on adapte la *pelote-insufflateur*, *e*, et, à mesure que le réducteur se distend, on apprécie par le toucher vaginal le mouvement que subit la matrice, *a*; quand l'organe a repris sa position normale, on ferme le robinet de la tige (fig. 149). La malade reste couchée sur le ventre en évitant tout effort, et, quand l'instrument doit être retiré, on le vide graduellement, dans la crainte de voir se reproduire l'accident en enlevant l'appareil tout d'un coup.] J'ai appliqué une fois ce procédé et j'ai réussi très-vite et très-bien; seulement j'avais placé la bouteille dans le vagin. Une fois la bouteille distendue, la matrice remontait sans douleur. J'ai laissé l'instrument en place pendant vingt-quatre heures et je n'ai vu survenir aucun accident.

Dans les cas que nous venons de décrire, les divers moyens de traitement sont supposés avoir réussi; mais il est loin d'en être toujours ainsi.

1° Parfois il est impossible d'introduire la sonde et l'on en est réduit à ponctionner la vessie. Cheston (3) a réussi une fois par ce procédé. On pour-

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 14.

(2) Favrot, *Sur un nouveau mode de réduction des déviations de la matrice* (Bulletin de l'Acad. de méd., 1851, t. XVII, p. 25, et *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1851).

(3) Cheston, *Medical communications*, 1790, t. II, p. 96.

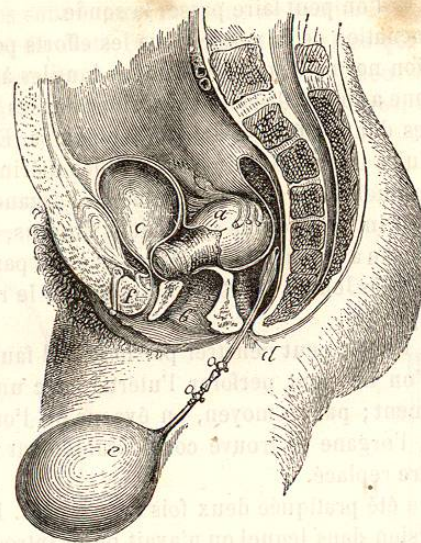


Fig. 148. — Réducteur à air, avant la réduction (*).

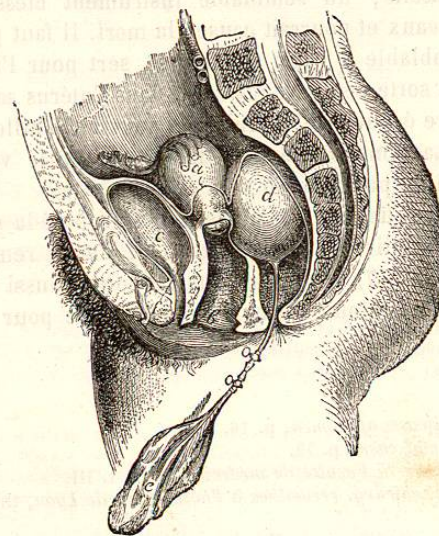


Fig. 149. — Réducteur à air, après la réduction (**).

(*) *a*, utérus; *b*, vagin; *c*, vessie; *d*, réducteur; *e*, insufflateur gonflé; *f*, symphyse du pubis.

(**) *a*, utérus; *b*, vagin; *c*, vessie; *d*, réducteur gonflé; *e*, insufflateur vide; *f*, symphyse du pubis.

rait tenter, en pareil cas, de repousser l'utérus avec le doigt; de la sorte, on dégage l'urèthre, et l'on peut faire passer la sonde.

2° Malgré l'évacuation de la vessie, tous les efforts pour replacer l'utérus dans sa position normale sont quelquefois inutiles à cause de l'hypertrophie que l'organe a subie. C'est ce qui arrive chez les femmes enceintes, surtout chez celles dont l'affection date de longtemps. En pareil cas, on a conseillé d'introduire une sonde à travers l'orifice utérin pour produire un avortement et diminuer de la sorte le volume de l'organe (1).

Si l'on ne pouvait introduire une sonde dans l'utérus, il y aurait encore à ponctionner l'organe avec un trocart (2), en passant par le vagin, comme l'a exécuté avec succès Jourel, de Rouen (3); ou par le rectum, comme l'a fait Vericel, de Lyon (4).

Dans les cas où l'on ne peut pénétrer par le col, il faut se demander, dit W. Hunter, si l'on ne peut perforer l'utérus avec un petit trocart ou tout autre instrument; par ce moyen, on évacue ou l'on fait évacuer les eaux de l'amnios, l'organe se trouve considérablement réduit de volume et susceptible d'être replacé.

Cette opération a été pratiquée deux fois avec succès. Blundell rapporte un cas de rétroversion dans lequel on n'avait pu ni introduire un cathéter ni vider le rectum. « En pareil cas, dit-il, je préférerais peut-être la ponction de l'utérus à la ponction de la vessie ou à la section de la symphyse. Il ne faut pas faire usage d'un gros trocart ni d'une grosse canule, comme dans l'ascite; un semblable instrument blesserait un grand nombre de vaisseaux et pourrait causer la mort. Il faut prendre un très-petit trocart, semblable à ceux dont on se sert pour l'acupuncture. Un instrument de la sorte peut être introduit dans l'utérus sans grand danger et suffit pour faire écouler le liquide. On pourrait d'ailleurs aspirer avec une seringue. La ponction peut se faire soit par le vagin, soit par le rectum; la ponction par le vagin sera préférable. »

3° Dans les cas difficiles, A. Callisen (5) a proposé la gastrotomie, afin de pouvoir saisir directement l'organe et de le remettre en place. Purcell (6), Gardien (7) et Cruikshank proposent aussi la section de la symphyse du pubis, comme donnant plus de place pour réduire les déviations.

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 16.

(2) Ingleby, *Facts and cases*, p. 75.

(3) Jourel, *Bulletin de la Faculté de médecine*, 1812, t. III.

(4) Vericel, *Observ. chirurg. recueillies à l'hôtel-Dieu de Lyon*, thèse de Paris, 1813, n° 78.

(5) Callisen, *System der Chirurgie*. Hamburg, 1822.

(6) Purcell, *Med. comm.*, t. IV.

(7) Gardien, *Traité complet d'accouchements*. 3^e édition. Paris, 1824, t. I, p. 198. — Martin jeune, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1835, p. 183. — Fred. Jahn, *De utero reverso*, thèse. Iena, 1787, in Schlegel, *Operum minorum ad artem obstetriciam Sylloge*, t. I, p. 603.

[Ce n'est, on peut le dire, que dans ces dernières années que l'on s'est occupé du traitement des déviations utérines, depuis que les travaux des médecins modernes sont venus jeter plus de lumière sur la nature de ces maladies. Par suite, du reste, des opinions diverses qui ont tour à tour prédominé, ce traitement a singulièrement varié : pour les uns, il devait être presque uniquement mécanique; pour les autres, ce devait être un traitement médicamenteux, tant général que local.

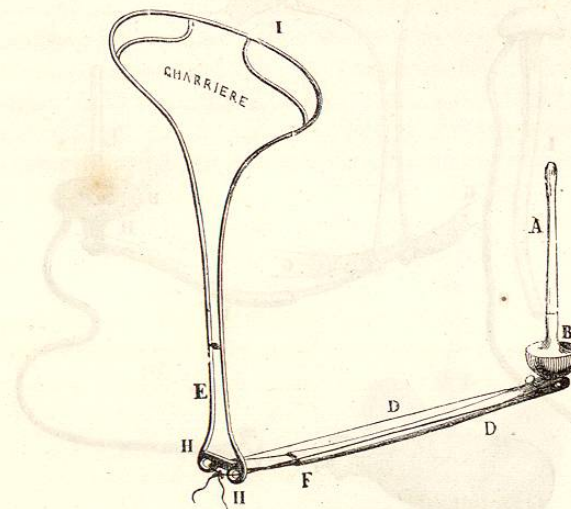


Fig. 150. — Redresseur utérin de VALLEIX (*).

Au point de vue mécanique, divers appareils ont été proposés, dont il nous semble inutile de donner une description détaillée, ce sont : le pessaire utérin de Simpson (voyez page 522), le redresseur de Kiwisch (voyez page 522) (1), le redresseur utérin de Valleix (fig. 150 et 151), celui de

(1) Kiwisch, *Neues Instrument zur Behandlung der Inflexionen des Uterus* (*Verh. d. Ges. f. Geburtskunde*, t. IV, p. 185); *Die Krankheiten der Wochnerinnen*. Prag, 1841; *Klinische Vorträge über Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*, 1845.

(*) A, tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine. Elle surmonte un disque de métal B, de 2 centimètres de diamètre. Elle est tenue par une articulation à ressort avec une autre tige de métal qui, devant rester dans le vagin, a reçu le nom de tige vaginale D. Le ressort C, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une sur l'autre. La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation, avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réunies à l'aide d'un fil passé dans un trou F pratiqué à la tige vaginale, près de l'articulation; ce fil CC est noué sur le plastron E. Le plastron est fixé le long de l'abdomen, à l'aide de deux liens situés à sa partie supérieure et formant ceinture; deux autres liens, devant servir de sous-cuisses, sont attachés à sa partie inférieure, près du point sur lequel doit être noué le fil qui unit les deux portions de l'instrument H, H.

Hensley (1), de Lee (2), de Protheroe Smith (3), de Mayer (4), l'hystérophore de Detschy (fig. 152) (5).

A en croire les auteurs de ces divers instruments, le succès semblait

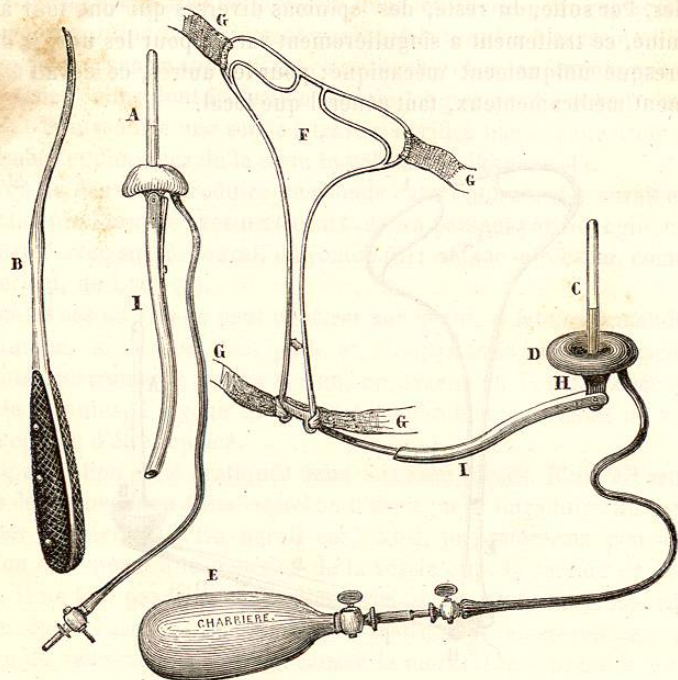


Fig. 151. — Dernier modèle du redresseur utérin de VALLEIX (*).

devoir être toujours assuré; mais l'examen attentif des faits a bientôt fait justice de leurs assertions. Des coliques utérines violentes, des hémorragies dangereuses, des péritonites graves, le ramollissement et même

(1) Hensley, *Retroflexion of the uterus* (*Journal provincial*, 1848, 1-2.)

(2) Lee, *Retroflexion of the uterus* (*London Gazette*, juin 1848).

(3) P. Smith, *Obstetric record*.

(4) Mayer, *Erfahrungen über das neue von Kiwisch Instrument zur Behandlung der Inflexionen* (*Verh. der Ges. f. Geburtskunde*, t. IV, p. 190).

(5) Detschy, *Die uterin Dislocation* (*Wiener Wochenschrift*, 1854, n° 9 et 12).

(*) A, tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine. Elle surmonte un disque de métal de 2 centimètres de diamètre et se termine en bas par deux saillies circulaires, entre lesquelles doit se placer le disque creux de caoutchouc D. Cette première partie de l'appareil est unie par une articulation à ressort avec une autre tige de métal I, qui, devant rester dans le vagin, a reçu le nom de *tige vaginale*. Le ressort H, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, est disposée de telle sorte qu'il sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une sur l'autre. La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation, avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réunies seulement par le frottement conique de la tige pleine; le plastron F est fixé à sa partie supérieure, le long de l'abdomen, par deux rubans G, G, et à la partie inférieure, pour servir de sous-cuisses, par deux autres rubans G, G. — E, poire servant à insuffler le disque de caoutchouc D. — B, manche destiné à être placé dans la tige creuse I lors de l'introduction de l'instrument.

te perforation des parois utérines, tels ont été, dans un grand nombre de cas, les résultats obtenus par le traitement mécanique, et cela sans que la malade, après avoir échappé aux dangers immédiats, obtienne seulement une amélioration durable.

Cette opinion, qui est aujourd'hui partagée par la majorité des médecins de Paris, est aussi celle des médecins étrangers. Scanzoni (1) déclare n'avoir jamais vu un seul cas de déviation utérine amélioré par le traitement mécanique le mieux appliqué. Il a vu des femmes se soumettre pendant des mois entiers à l'application des redresseurs, et jamais il n'a constaté la moindre amélioration. Comment admettre, en effet, qu'une sonde ou qu'un redresseur ferait disparaître l'amincissement et l'atrophie du tissu musculaire qui existe toujours sur le point de l'inflexion? La présence continue d'un corps étranger ne peut, au contraire, que provoquer un afflux plus considérable de sang vers l'utérus et augmenter, par suite,

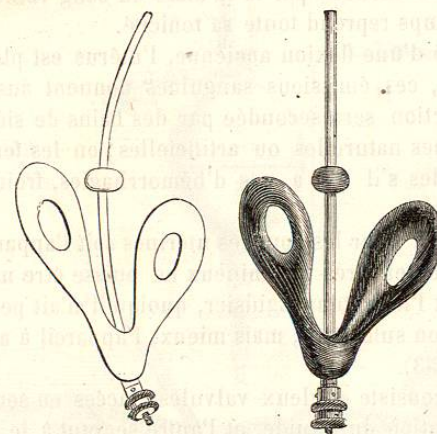


Fig. 152. — Hystérophore de DERSCHY.

l'imbibition et le ramollissement des parties. A l'appui de cette opinion, on a cité un grand nombre de faits dans lesquels l'emploi du redresseur augmenta considérablement l'engorgement chronique, et l'excès de volume et de poids du fond de l'organe qui en fut le résultat ne fit qu'augmenter la flexion.

Pour bien juger cette question des moyens mécaniques, il faut avoir encore égard à un fait dont nous avons parlé plus haut. Le fond de la matrice infléchie est souvent reténu et fixé à l'une des parois du bassin par des fausses membranes, du tissu cellulaire plus ou moins dense, dus à des exsudations péritonéales. Dans ces cas-là, il est absolument impos-

(1) Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels*, trad. de l'allemand. Paris, 1858, p. 88.

sible de redresser l'organe sans déchirer les adhérences, ou au moins sans tirailler le péritoine d'une manière dangereuse.

Dans le traitement des flexions utérines, on devra donc se borner à faire disparaître autant que possible les altérations de texture qui les compliquent, et à combattre simultanément les accidents consécutifs qui se montrent dans le reste de l'organisme.

Lorsque la maladie n'est pas ancienne, des douches froides, des bains de siège froids, des injections intra-vaginales seront utiles. Exceptionnellement, lorsqu'il y a un écoulement blanc abondant, on aura recours aux cautérisations au moyen d'un crayon de nitrate d'argent introduit dans la cavité du col. En général, après cinq ou six semaines, la guérison est obtenue. S'il n'en a pas été ainsi et que le sujet soit vigoureux, on pourra faire avec grand avantage des émissions sanguines locales. Tous les huit ou quinze jours, on applique trois ou quatre sangsues sur le museau-tanche. On modère par là la stase du sang veineux dans le col, qui en peu de temps reprend toute sa tonicité.

Lorsque, à côté d'une flexion ancienne, l'utérus est plus ou moins engorgé ou induré, ces émissions sanguines donnent aussi de très-bons résultats. Leur action sera secondée par des bains de siège et des injections d'eaux salines naturelles ou artificielles; on les fera prendre deux fois par jour, tièdes s'il n'y a pas d'hémorrhagies, froides dans le cas contraire.

On peut employer pour les douches utérines soit l'appareil de Kiwisch, quoique cet instrument très-volumineux ne puisse être manœuvré par la malade seule, soit l'irrigateur Éguisier, quoiqu'il n'ait peut-être pas une force de projection suffisante; mais mieux, l'appareil à air comprimé de M. Mathieu (fig. 153).

Le mécanisme consiste en deux valves placées en sens opposé, l'une produisant l'aspiration du liquide, et l'autre servant à le pousser dans le tube de sortie, d'où il est lancé, sans avoir été mélangé avec l'air du récipient, avec une force que l'on peut augmenter ou diminuer en donnant un nombre plus ou moins grand de coups de piston.

Le liquide peut être projeté jusqu'à une distance de 3 mètres. La malade peut graduer elle-même la force de projection et obtenir un jet d'une grande puissance ou très-doux, à volonté; il n'est pas besoin d'aide pour manœuvrer l'instrument.

Parmi les objections faites à cet instrument, nous signalerons la nécessité d'être hors du lit pour en faire usage, car dans le lit le liquide mouille les draps, et la malade est sujette à se refroidir; c'est pour obvier à ces inconvénients que Aran a imaginé son irrigateur vaginal (fig. 154), appareil assez analogue à la sonde à double courant. Grâce à cet appareil, en adaptant des tubes de caoutchouc aux deux extrémités, des malades ont pu prendre des injections pendant des heures entières sans que les draps fussent mouillés.

L'emploi de certaines eaux ferrugineuses, les bains de mer seront encore indiqués. En cas d'induration, on ajoutera encore des cautérisations répétées du col au moyen du nitrate d'argent. On a proposé aussi la cautérisation de la muqueuse du corps de l'organe, ainsi que des injections astringentes dans la cavité; mais ces moyens ne doivent être employés qu'avec la plus grande prudence.

En même temps qu'il y a déplacement, il y a fréquemment érosion et

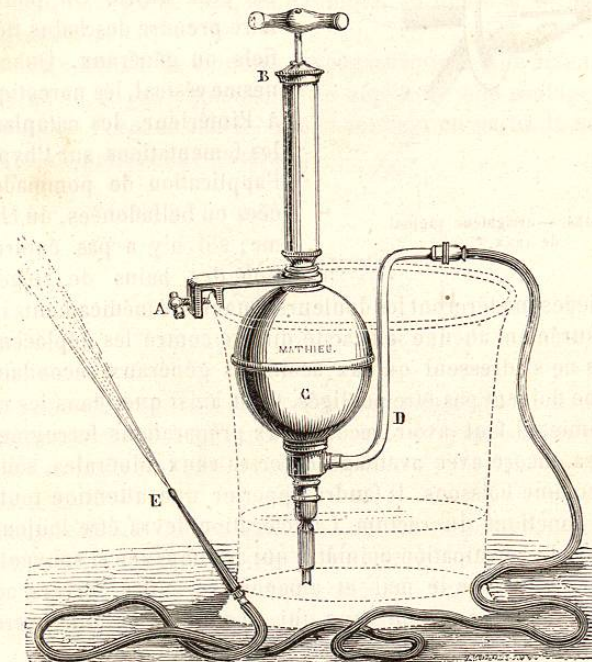


Fig. 153. — Appareil à air comprimé pour injection (*).

ulcération de l'orifice. Dans ces cas-là, les cautérisations avec le crayon de nitrate sont insuffisantes; la surface ulcérée saignant facilement, le nitrate ne peut rester assez longtemps en contact avec elle, et le sang qui s'écoule ne lui permet pas d'agir assez énergiquement. Il vaut donc mieux cautériser avec un pinceau trempé dans une solution astringente concentrée de sulfate de zinc ou de cuivre, dans du perchlorure de fer, de la teinture d'iode étendue d'eau, divers acides acétique ou nitrique. Il faut souvent changer les médicaments employés.

Si la flexion se complique d'accidents de péritonite, on dirigera le trai-

(*) A, vis qui sert à fixer l'appareil sur le bord d'un seau ou d'un réservoir quelconque, plein du liquide à injecter; B, pompe foulante; C, réservoir d'air; D, ajustage sur la partie inférieure du réservoir; E, canule rattachée à l'ajutage par un tube de caoutchouc recouvert d'un tissu.

tement en conséquence. En général, l'état d'anémie des malades défend les émissions sanguines trop abondantes.

Les femmes affectées d'une flexion de la matrice sont, ainsi que nous l'avons signalé, tourmentées par des coliques utérines et du ténésme

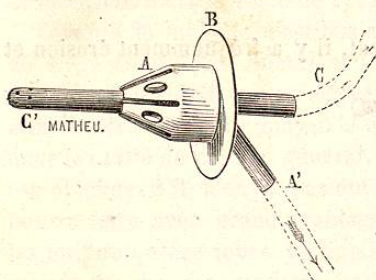


Fig. 154. — Irrigateur vaginal de ARAN (*).

vésical. De tous les moyens que l'on a préconisés contre les coliques, les lavements opiacés sont les plus utiles. On pourra aussi faire prendre des bains tièdes partiels ou généraux. Quant au ténésme vésical, les narcotiques pris à l'intérieur, les cataplasmes et les fomentations sur l'hypogastre, l'application de pommades opiacées ou belladonnées, du chloroforme; s'il n'y a pas contre-indication, des bains de siège et des injections tièdes modéreront les douleurs. Quant aux médicaments internes, ils n'ont assurément aucune efficacité directe contre les déplacements de l'utérus; ils ne s'adressent qu'aux accidents généraux secondaires, et à ce titre ils ne doivent pas être négligés. C'est ainsi que, dans les cas où il y a de l'anémie, il faut avoir recours aux préparations ferrugineuses, et l'on prescrira encore avec avantage diverses eaux minérales, soit comme bains, soit comme boissons. Il faudra apporter une attention toute particulière aux fonctions du rectum. La défécation devra être toujours régulière et facile; la constipation opiniâtre qui accompagne si souvent l'affection pourrait aggraver le mal et amener, en outre, divers accidents hémorrhoidaux. Les pertes de sang qui en seraient la suite exerceraient encore l'influence la plus fâcheuse sur l'état de la malade.

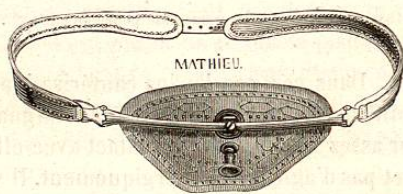


Fig. 155. — Ceinture hypogastrique (**).

Il reste encore à mentionner un appareil qui, bien appliqué, diminue les douleurs provoquées par les flexions : c'est la ceinture hypogas-

(*) C, C', tube horizontal destiné à conduire l'eau dans le vagin; A, A', tube inférieur, à direction oblique, destiné à faire ressortir l'eau; B, plaque qui est traversée par les deux tubes et qui, appliquée sur la vulve, empêche le liquide de se répandre dans le lit et le maintient dans le vagin.

(**) La plaque se meut au moyen d'une clef de manière qu'on peut par ce mécanisme lui donner plus ou moins d'inclinaison.

trique (fig. 155). Elle entoure fortement les reins et est munie d'une pelote qui presse sur l'abdomen, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, et repousse ainsi en arrière les organes déplacés. Il faut seulement avoir soin que cette pelote exerce une pression modérée et ne fasse que soutenir l'utérus dans les cas d'antéflexion du corps, comme pourrait le faire la main du chirurgien. Une pelote trop saillante ou mal construite manquerait entièrement le but qu'on se propose et repousserait l'utérus vers le vagin : en pareil cas, les douleurs, au lieu d'être soulagées, seraient augmentées.

Dans la rétroflexion, la ceinture hypogastrique a une action moins directe; elle ne doit pas cependant être négligée : elle soulage encore la malade en fixant l'organe affecté, et elle soutient en partie la masse intestinale qui vient presser sur l'utérus.]

CHAPITRE XII

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS (1)

Ce genre de déplacement a été décrit sous divers noms : *prolapsus*, *procidence*, *descente de matrice*, sont les termes le plus ordinairement employés par les médecins; *chute* ou *abaissement* sont les termes employés dans le monde.

La maladie consiste dans un abaissement de l'utérus au-dessous de son niveau normal par rapport au bassin.

Il est donc de la plus grande importance de bien connaître la position normale de l'utérus : « A l'état sain, en dehors de la grossesse, dit sir

(1) BIBLIOGRAPHIE : Rulin, *Diss. de uteri lapsu* (Haller, *Disputationes chirurgicae*, t. III). — J. Eilhard Reinick, *Diss. de uteri delapsu*. Gedani, 1732 (Haller, *Disputationes*, t. III). — J. Fr. Oslander, *De fluxu menstruo atque uteri prolapsu*. Göttingæ, 1808. — F. L. Meissner, *Die Dislocationen der Gebärmutter und der Mutterscheide*, 3 parties. Leipzig, 1821-1822. — Rondet, *Sur le traitement de la chute du vagin et de la matrice*. Paris, 1828. — Rondet (M^{me}), *Mémoire sur le prolapsus ou chute de la matrice*. Paris, 1833. — Häger, *Die Brüche und Vorfälle*. Wien, 1834. — Reberton, *Remarks on relaxation and descent of the uterus and bladder in the puerperal state* (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1834, t. XLI, p. 393; *Arch. gén. de méd.*, 2^e série, t. V, p. 105). — Hendriksz, *Descriptio historica atque critica variarum uteri prolapsus curandi methodorum*. *Comm. med. chir.* Berlin, 1838. — Carl. Mayer, *Beitrag zur Kenntniss und Behandlung des Prolapsus Uteri* (*Verh. der Ges. f. Gebtsk.*, t. III, p. 122). — Moumeron, *Sur les chutes de la matrice* (*Arch. de méd. belge*, 1843, n^o 1). — Et. le Loutre, *Essai sur les déplacements de la matrice*, thèse. Montpellier, 1844, in-4. — Rigby, *Med. Times*, août, novembre 1845. — P. Dubois et Desormeaux, *Dict. en 30 vol.*, art. UTERUS (chute de l'). — Jobert (de Lamballe), *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849, t. II; *Leçons sur la chute de l'utérus* (*Union médicale*, t. XII, p. 95, 12 août 1858). — Savage, *Clinical experience on the nature and treatment of uterine deviations, more especially of prolapsus* (*Med. Times and Gaz.*, 398, 13 février 1858; *Lancet*, juin 1858). — Verneuil, *Gazette hebdomadaire*, 1859.