

quième au dixième jour, et on les retire au moyen de fils attachés préalablement à leurs extrémités. Lorsque l'on renouvelle l'application de ces pincés, il faut avoir soin de choisir pour cela de nouvelles places, et, si le vagin est devenu trop étroit pour introduire le spéculum, on dirigera les pincés avec un doigt. Il ne sera pas souvent nécessaire de répéter plus de dix fois ce procédé. Le vagin perd petit à petit sa grosseur et son relâchement; plus tard on voit à diverses places ces cicatrices, et enfin il devient si étroit, que l'on peut à peine y introduire un doigt.

Desgranges propose en même temps un autre procédé, une combinaison de la compression mécanique et de la cautérisation. Dans ce but, il emploie des pincés longues de 12 à 13 centimètres, ayant à peu près la forme d'une pince à pansement, et dont les anneaux sont fixés au moyen d'une crémaillère. Le bout que l'on introduit dans le vagin possède sur chaque mors un sillon de 15 millimètres de longueur, 5 de largeur et 3 de profondeur, et les extrémités elles-mêmes se terminent par une dent acérée; dans ce sillon l'on place un caustique composé de chlorure de zinc. Desgranges nomme l'instrument complet une *pince élytrocaustique* (fig. 184). L'opération elle-même a lieu comme il suit: après avoir huilé et introduit aussi haut que possible dans le vagin le doigt indicateur, l'on saisit avec une érigne à coulisse (fig. 185) un repli de la muqueuse près de la portion vaginale, puis l'on introduit près du doigt resté en place la pince décrite plus haut, on saisit le repli dans une étendue aussi grande que possible et on le comprime en serrant les branches de la pince. Desgranges croit que cinq ou six applications de cet instrument suffisent pour produire une cicatrisation ferme et durable.] Ce procédé mérite d'être essayé (1).

E. Geddings (2), Baker Brown (3), Savage (4), ont enlevé un lambeau de membrane muqueuse à chaque angle de la vulve et réuni par des sutures les surfaces avivées. Ils ont réussi, au moins jusqu'ici, mais je craindrais fort que, pendant une période d'activité vitale, l'utérus ne finît par forcer une semblable barrière: c'est ce que j'ai déjà vu survenir une ou deux fois. Après la cessation des règles, quand commence l'atrophie utérine, je ne doute pas que ce procédé ne réussisse.

[E. Q. Legendre (5) a donné des figures à l'appui des descriptions des opérations qui viennent d'être rappelées.]

Le traitement général doit être surveillé. Des toniques peuvent être né-

(1) Desgranges, *Nouveau procédé de cure radicale pour les chutes de l'utérus* (Revue médico-chirurgicale, juin 1851); *Mémoire sur le traitement de la chute de l'utérus par une méthode nouvelle* (Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie. Paris, 1853, 1<sup>re</sup> série, t. IV, p. 413; Gazette médicale, 1853, n<sup>o</sup> 5-25).

(2) Geddings, *American Journal of med. sciences*, 1840.

(3) Baker Brown, *British med.*, janvier 1859; *Surgical diseases of women*. London, 1861.

(4) Savage, *The Lancet*, 1858.

(5) Legendre, *De la chute de l'utérus*. Thèse pour l'agrégation. Paris, 1860.

cessaires, des lavements laxatifs pour un temps. La malade doit éviter de marcher, mais au bout de quelques jours elle pourra aller et venir selon son habitude.

Dans quelques cas où la grossesse a coïncidé avec un prolapsus utérin, dans d'autres où le prolapsus est survenu à la fin d'une grossesse on peut obtenir la réduction: mais souvent aussi la réduction est impossible. Quant au traitement du prolapsus survenu pendant le travail de l'accouchement, il faut peu à peu dilater l'orifice utérin de manière à activer la délivrance: si la chose était nécessaire, il faudrait même faire une ou deux incisions sur le col utérin; mais il faut pour cela, ou que l'utérus tende à descendre à chaque contraction, ou que l'orifice utérin soit très-bien vu près des parties externes. Mais si le prolapsus n'était que peu accusé, il faut abandonner la femme à ses propres ressources. Si

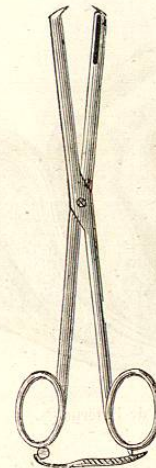


Fig. 184. — Pince élytrocaustique de DESGRANGES avec dent en saillie, cuvette, et ressort à crémaillère.

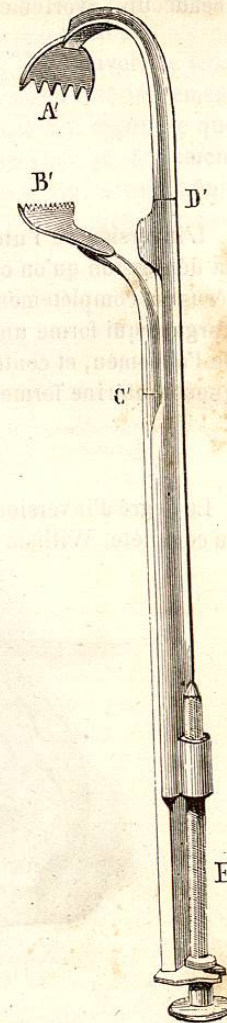


Fig. 185. — Érigne à coulisse de DESGRANGES (\*).

pendant les derniers mois, l'utérus était tout à fait en prolapsus, il faudrait provoquer l'accouchement en ponctionnant les membranes.

(\*) Cet instrument est composé de deux érignes larges et plates glissant à coulisse l'une dans l'autre. A' représente la branche postérieure munie de branches profondes; B', branche antérieure munie de dents plus fines et que l'on change à volonté en la démontant à la partie C'; D', point de réunion de la branche postérieure qui se démonte également; E', vis de rappel servant à rapprocher les érignes selon l'épaisseur des tissus.

Dans un cas de Harvey, on proposa d'extirper l'utérus : je préférerais de beaucoup l'avortement à l'ablation de l'utérus (1).

## CHAPITRE XIII

## INVERSION DE L'UTÉRUS

L'inversion de l'utérus diffère essentiellement du prolapsus, car outre la dépression qu'on observe dans l'un et l'autre cas, dans l'inversion l'utérus est complètement retourné. Le fond de l'utérus traverse l'orifice de l'organe qui forme une cavité tapissée par le péritoine, ouverte du côté de l'abdomen, et contenant les ovaires et les trompes de Fallope. La muqueuse utérine forme alors le tégument extérieur de la tumeur.

## § I. — Variétés.

Le degré d'inversion peut être très-variable, celle-ci peut être partielle ou complète. William Newnham, qui a publié une excellente monogra-

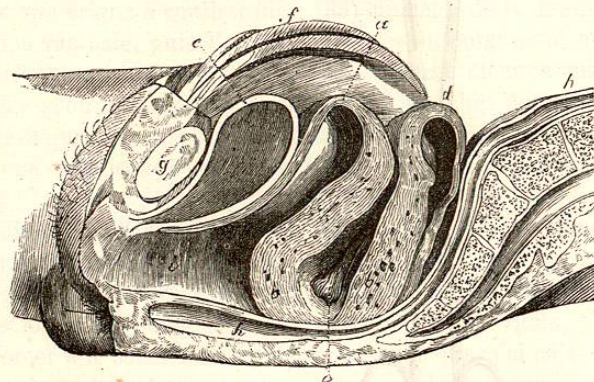


Fig. 186. — Inversion partielle de l'utérus (\*).

phie sur ce sujet (2), a décrit trois degrés : 1° la simple dépression ; 2° l'inversion partielle ; 3° l'inversion complète.

1° Pour le premier degré, la *simple dépression*, l'auteur s'exprime

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 43.

(2) W. Newnham, *An Essay on the symptoms, and treatment of inversio uteri*, etc. London, 1818, p. 2, 3. J'ai grand plaisir à reconnaître ce que je dois à cet excellent traité.

(\*) a, partie antérieure de l'utérus ; bb, portion de l'utérus refoulé dans le vagin ; c, cavité formée par la face externe de la base de l'utérus renversé ; d, portion postérieure de l'utérus ; e, vessie ; f, couche musculaire de la paroi antérieure de l'abdomen ; g, symphyse du pubis ; h, intestin rectum. (VIDAL (de Cassis), d'après HORTELOUP.)

ainsi : « Le fond de l'utérus est déprimé dans sa cavité, mais ne forme pas tumeur dans le vagin, l'existence de cette lésion ne peut être constatée que par le toucher en même temps que l'on constate l'état de l'utérus à travers les parois abdominales. En agissant ainsi, on trouvera le fond de l'utérus plus rapproché de l'orifice, et l'on constatera extérieurement une dépression correspondant au lieu de cette rétraction régulière que connaît tout praticien expérimenté. Cet état de choses est généralement accompagné par un sentiment de contraction expulsive qui souvent finit par rendre l'inversion complète. Il va sans dire qu'un changement aussi

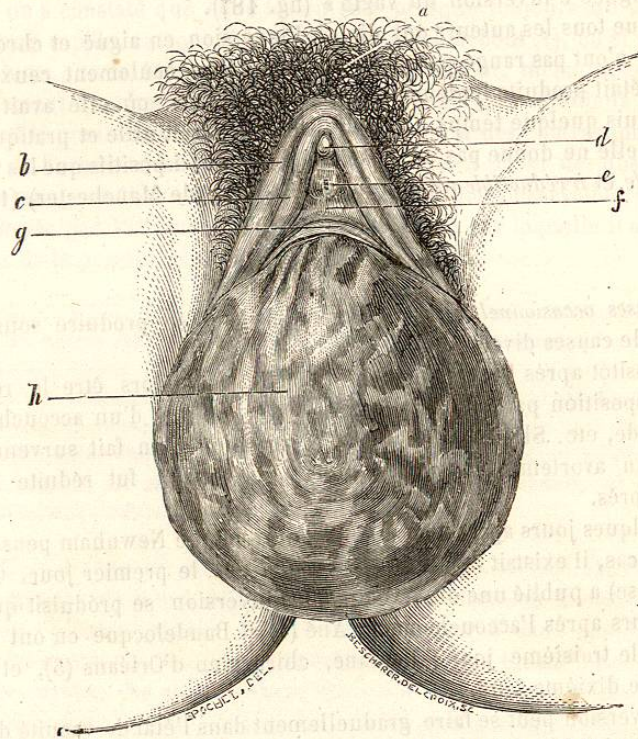


Fig. 187. — Inversion complète de l'utérus, occasionnée par l'extraction précipitée du placenta (\*).

léger n'est appréciable à travers les parois abdominales qu'après l'accouchement. Chez une femme non accouchée, ce mode d'exploration ne donnerait que des renseignements négatifs.

« 2° Quand l'*inversion est partielle*, continue Newnham, le fond de l'utérus descend jusque dans le vagin (fig. 186), formant une tumeur volumineuse de forme demi-sphérique, et entourée exactement par les bords

(\*) a, mont de Vénus ; b, les grandes lèvres de la vulve ; c, les petites lèvres ou nymphes ; d, le clitoris ; e, le méat urinaire ; f, le bord externe antérieur du vagin ; g, le bord antérieur de l'orifice externe de l'utérus ; h, la face interne de la matrice devenue externe. (BOIVIN et DUCÈS, *Atlas*, pl. XII, fig. 1).