

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.

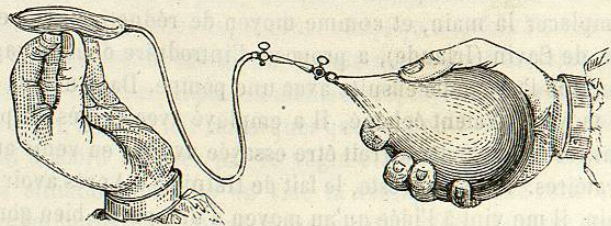


Fig. 144. — Pessaire à réservoir d'air (vide).

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

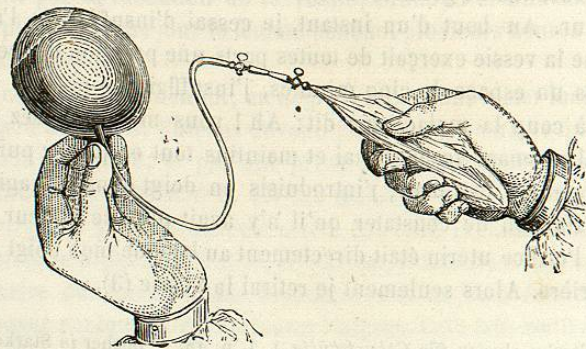


Fig. 145. — Pessaire à réservoir d'air (plein).

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.

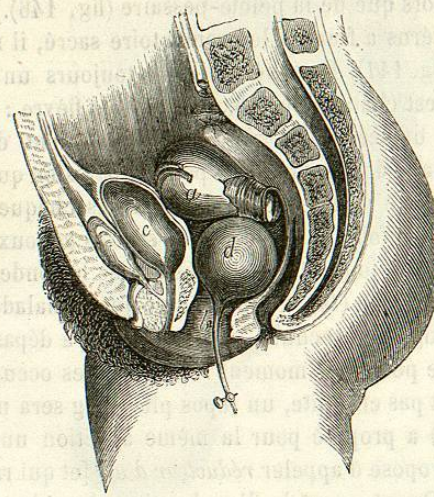


Fig. 146. — Pelote-pessaire en place avant la réduction.

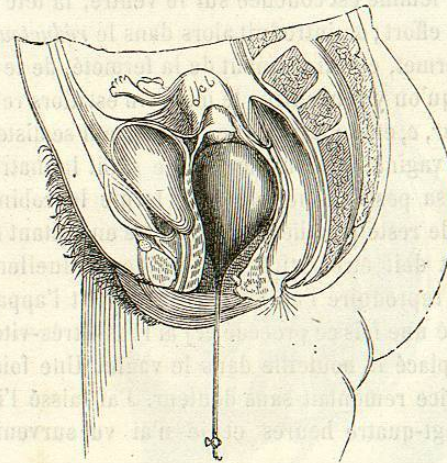


Fig. 147. — Pelote-pessaire en place après la réduction.

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.

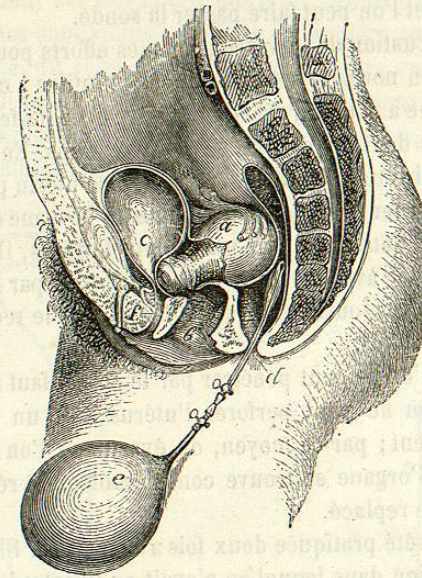


Fig. 148. — Réducteur à air, avant la réduction (\*).

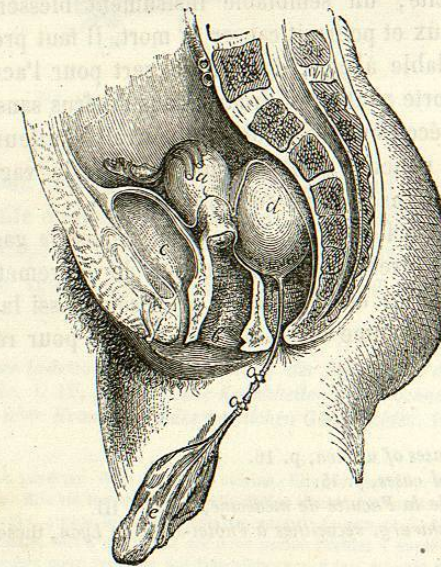


Fig. 149. — Réducteur à air, après la réduction (\*\*).

(\*) 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<sup>e</sup> 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.]

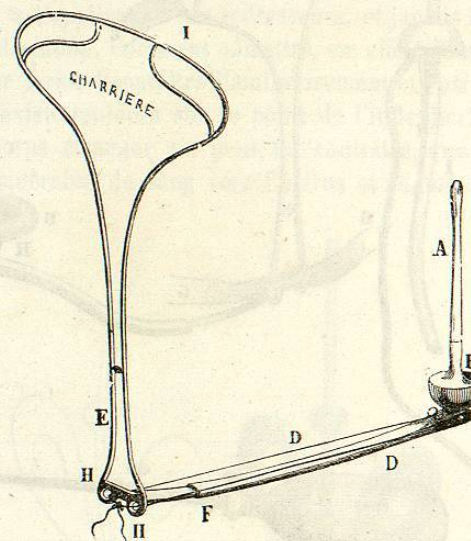


Fig. 150. — Redresseur utérin de VALLEIX (\*).

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 Wöchnerinnen*. 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.