masses stercorales qui, au moment de leur évacuation, douze ou quinze jours après, firent éclater la jeune cicatrice : c'est là une affaire extrêmement variable suivant les sujets.

Voici comment je traite mes malades, même celles qui sont condamnées à un alitement prolongé.

Les premiers jours, tant que dure la tendance au vomissement, les malades restent à la diète. Puis on leur donne un peu de nourriture liquide, et le quatrième ou le cinquième jour on leur administre 20 à 30 grammes d'huile de ricin. Si la première dose purgative reste sans effet, on la renouvelle le lendemain, et toujours avec succès. A partir de ce moment, alors même que les femmes sont bien et régulièrement nourries, les selles n'exercent plus, en général, aucune influence fâcheuse sur la cicatrisation. Les malades éprouvent un très grand soulagement de l'introduction dans le rectum, quelques heures après l'opération, d'une petite canule molle en gomme. Les gaz, qui sont parfaitement capables de faire sauter la jeune cicatrice, s'échappent à travers cet appareil et n'amènent plus ce malaise pénible qui se produit, quelquefois dès le second jour et malgré tout, à l'occasion du réveil des contractions peristaltiques.

Lorsque la femme ***prend trop tôt la position assise,*** la cicatrisation court un grand danger. Combien de fois n'ai-je pas vu le périnée et l'intestin bien cicatrisés se déchirer à nouveau, au moment où la femme faisait un brusque mouvement pour s'asseoir. — Pour permettre la position assise, il faut que les malades aient gardé le repos horizontal au moins pendant trois semaines : ce n'est qu'à cette époque que la cicatrice périnéale a acquis une résistance suffisante. En outre, on ne fera des lavages de la région opératoire que quand celle-ci aura été souillée par l'urine ou les fèces. Je laisse, quant au reste, la plaie complètement en repos; et je ne la recouvre ni avec une substance antiseptique telle que l'iodoforme, ni avec de l'ouate ou un autre corps analogue. Il est complètement inutile d'enlever les fils de catgut. Quant aux fils de soie appliqués sur l'intestin, souvent ils se coupent en partie, tombent dans le canal et sont évacués avec les selles. Les sutures périnéales seront enlevées, avec les plus minutieuses précautions, du dixième au douzième jour, la femme restant au lit; enfin quant aux fils intra-vaginaux je les retire peu à peu et sans me presser.

Comme accidents consécutifs à la périnéorrhaphie, je n'ai constaté jusqu'à présent que des désordres dans la réunion, provoqués par de gros amas de matières fécales. *J. Veit* (1) a recommandé de restaurer ces déchirures nouvelles par éclatement, à l'aide d'une ***suture secondaire*** après avivement des granulations. Je préfère — et mon opinion est basée sur un échec que j'ai essuyé avec le procédé de *Veit* — laisser les femmes se remettre et attendre la cicatrisation. Il arrive quelquefois, la propreté aidant, que la plaie se ferme de telle façon que tous les malaises disparaissent et qu'on puisse renvoyer les malades chez elles en convalescence, avant de revenir à une nouvelle intervention exigée par la réapparition des accidents. Ceux-ci fussent-ils prononcés, les soins que recevront les malades chez elles pendant quelques semaines ne feront qu'accroître les chances de guérison pour l'opération nouvelle.

Lorsqu'au bout de vingt à trente jours je donne aux opérées leur exeat, je leur recommande de prendre des injections vaginales avec du vinaigre de bois jusqu'à ce que, dans le courant des deux ou trois mois qui suivent, tous les fils de soie soient tombés. A ce moment, les irrigations devront être additionnées de teinture d'iode. Pendant tout ce temps on veillera au bon fonctionnement de la nutrition. Six semaines après l'opération, la malade commencera également à prendre des bains de siège avec une décoction d'écorce de chêne. Quant aux rapports sexuels je les défends d'une façon absolue pendant les six premiers mois.

IV. — Inversion utérine

L'inversion utérine est généralement la conséquence d'un trouble de la période de délivrance. Elle est le plus souvent le résultat de tractions maladroites exercées sur le cordon ombilical et, par l'intermédiaire de celui-ci, sur le placenta lui-même, tractions jadis fortement recommandées, et recommandées encore aujourd'hui

(1) *Loc. cit.*

dans certains ouvrages d'obstétrique. Ce n'est que rarement que l'inversion se produit avec ce qu'on appelle l'expression manuelle de *Credé;* elle est due plus rarement encore à des contractions irrégulières des parois utérines ou à d'autres influences agissant sur ces dernières. En dehors de l'état puerpéral, l'inversion utérine peut être la conséquence de l'expulsion de néoplasmes intra-utérins, de fibro-myômes surtout qui, devenus polypiformes dans

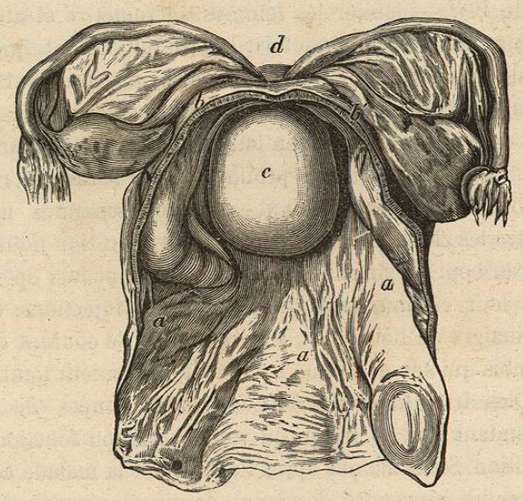

Fig. 97. — Inversion utérine incomplète. D'après Baillie *in Atlas* de E. Martin, II éd., t, XLV

a. Vagin (la section a porté sur la paroi postérieure).
bb. Col de l'utérus.
c. Corps de l'utérus.
d. Paroi externe du col.

le cours de leur développement, ont provoqué, à l'instar des polypes, les contractions de la matrice et ont finalement été chassés au dehors, mais en entraînant avec eux, grâce à leur pédicule, le fond de l'organe gestateur.

Dans ces cas les parois de l'utérus sont le plus souvent atrophiées ou ont subi la dégénérescence graisseuse, principalement au niveau de l'insertion du néoplasme polypeux.

L'invagination de l'utérus se présente sous différentes formes.

Dans l'une, ***l'inversion utérine incomplète,*** le fond de l'organe ou la surface d'insertion placentaire, fortement déprimé en cul de fiole, atteint par sa surface interne le niveau environ de l'orifice interne. (Fig. 97.) Ailleurs l'invagination peut intéresser tout le

Fig. 98. — Inversion utérine incomplète : myôme du fond de la matrice.

corps de l'utérus, le col restant indemne (fig. 98) : c'est l'***inversion utérine complète.*** Enfin l'utérus peut être retourné jusqu'au niveau de l'orifice externe, auquel cas l'inversion est accompagnée de procidence. Cette forme constitue ***l'inversion utérine complète avec prolapsus.*** (Fig. 99.)

Dans l'état puerpéral, l'invasion de l'inversion est toujours subite et s'accompagne de ***phénomènes d'une gravité extrême.*** En dehors des couches, au contraire, l'inversion n'est le plus souvent que graduelle, la force expultrice de l'utérus n'acquérant que très lentement l'intensité nécessaire pour chasser au dehors le corps étranger. Cependant j'ai vu des cas d'inversion aiguë se produire en dehors de l'état puerpéral, et amener des symptômes presque absolument semblables à ceux de l'inversion obstétricale.

Ces ***symptômes*** consistent tout d'abord dans une ***hémorrhagie profuse*** et une commotion profonde; bien des femmes meurent subitement par suite du choc ou de la perte sanguine. Je fus appelé un jour près d'une accouchée chez laquelle s'était produite

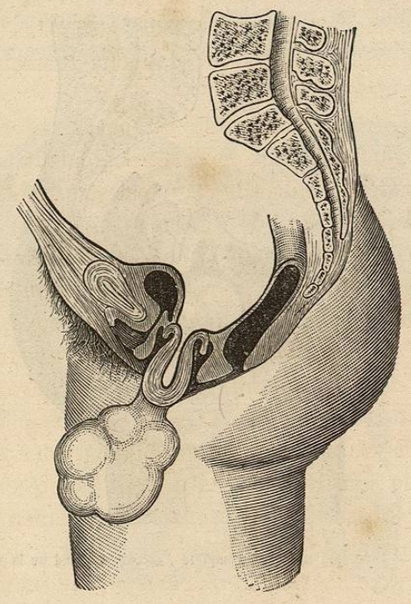

Fig. 99. — Inversion utérine complète avec prolapsus.

une inversion utérine aiguë à la suite de tractions exercées sur le cordon par la sage-femme. Lorsque j'arrivai, un quart d'heure après, la femme avait succombé, et la mort, qui ne pouvait s'expliquer par la seule hémorrhagie, avait été la conséquence d'une syncope.

Les cas d'inversion puerpérale n'ont pas tous une marche aussi foudroyante. Les femmes peuvent se remettre et jouir d'un état général relativement bon, même sans qu'on ait réduit l'utérus qui involue en état d'inversion. La plupart du temps évidemment les malades ont besoin des soins les plus assidus et des plus grands ménagements, faute de quoi elles sont vouées à une mort

certaine. — Quant à l'utérus, ses dimensions atteignent leur minimum et son parenchyme subit une dégénérescence graisseuse absolue, faits que j'ai pu établir à l'autopsie. Dans d'autres cas les accidents s'amendent, mais, malgré cela, les femmes sont finalement obligées de recourir à l'assistance du médecin, en raison de la persistance de symptômes tels que menstruations profuses et irrégulières, leucorrhée abondante, douleurs lombaires, dysurie et difficulté de la défécation.

Dans un cas d'inversion néoplasique que j'ai observé dans le service gynécologique de mon père, l'étranglement provenant du col avait déterminé un sphacèle et une destruction gangréneuse très étendus de la tumeur et de l'utérus lui-même.

Le ***diagnostic*** est relativement facile si, à l'aide des antécédents et de l'exploration combinée, on peut établir qu'***au-dessus de la tumeur piriforme proéminant dans le vagin, il n'existe pas de corps utérin,*** et que ***la main appliquée sur l'abdomen plonge plus ou moins dans l'entonnoir utérin créé par l'inversion.*** Malheureusement ces deux éléments du diagnostic ne sont pas toujours faciles à établir. Des parois abdominales chargées de graisse, la grande sensibilité de la malade, la présence de néoplasmes peuvent obscurcir les résultats de l'examen combiné et conduire à des erreurs de diagnostic.

Par le toucher vaginal, on sent une masse piriforme, lisse, résistante, qui fait saillie dans le conduit vaginal et dont la surface est molle et veloutée. Dans les cas d'inversion puerpérale le placenta y adhère parfois encore. Plus haut le doigt rencontre le segment cervical resté indemme qui entoure comme un collier le pédicule de la tumeur. Dans l'inversion complète celui-ci est embrassé par les lèvres du museau de tanche et l'orifice utérin introuvable. Ce sont surtout les adhérences de l'infundibulum utérin avec des anses intestinales qui peuvent tromper la main hypogastrique. Les difficultés augmentent encore en cas de surcharge adipeuse des parois abdominales. On a conseillé, dans ce cas, de remonter avec le doigt dans le rectum jusqu'au moment où il devient possible d'invaginer la muqueuse intestinale dans la dépression utérine, ou bien de dilater le canal de l'urètre et de pratiquer le toucher vésical. On a recommandé enfin d'attirer en bas l'utérus lui-même,