afin de pouvoir explorer l'ouverture de l'entonnoir à travers le rectum ou le vagin.

Le ***pronostic*** de l'inversion est toujours sérieux. Bien qu'il y ait des inversions qui se réduisent spontanément ou auxquelles on remédie tôt ou tard à l'aide de manœuvres artificielles, il ne faut pas se dissimuler que toutes ces manœuvres ne sont pas sans danger pour la continuité des parois de la matrice. J'ai eu à intervenir dans un cas d'inversion datant de six ans et demi ; j'opérai la reposition avec la plus grande prudence. Eh bien ! l'utérus stéatosé cédait, comme du beurre, sous la pression digitale, et je produisis en fin de compte une solution de continuité communiquant avec la cavité abdominale. La femme ne perdit pas une goutte de sang; mais elle succomba dans le collapsus, quelques jours après, sans avoir présenté le moindre phénomène réactionnel.

D'un autre côté, il ne faut jamais désespérer de la possibilité de la réduction ; celle-ci peut réussir encore après des années, et l'utérus reprendre ses fonctions de manière à permettre la conception.

C'est le cas d'une de mes clientes, atteinte d'inversion puerpérale, qui, après réduction de la matrice, devint enceinte. Une malade d'*Emmet* (1), chez laquelle la reposition n'avait suivi que très tard la production de l'infirmité, devint grosse également.

Traitement. — L'extrême gravité de l'inversion nous commande les mesures prophylactiques les plus rigoureuses. Il faut éviter tout ce qui peut amener la lésion, proscrire d'une part les manœuvres maladroites destinées à décoller le placenta, se garder, d'autre part, de violenter le pédicule dans l'ablation des tumeurs polypeuses.

Lorsque ***l'inversion est réalisée,*** la première chose à faire est de la réduire. Cette réduction sera d'autant plus facile qu'elle sera plus immédiate.

Il y a des ***cas puerpéraux*** où le placenta est encore adhérent. On a discuté longtemps sur la question de savoir si, dans ces circonstances, il fallait réduire avant ou après la séparation du gâteau placentaire. En réduisant avant, on aura moins à craindre l'entrée

(1) *Americ. Journ. of med. sc.* Janvier 1886; et *Americ. Journ. of Obstetr.*, II, p. 213.

de l'air dans les vaisseaux placentaires béants ; en réduisant après, la diminution de volume de la matrice favorisera la reposition. Je possède l'observation personnelle d'une femme chez laquelle l'inversion utérine était accompagnée de prolapsus, et résultait des tentatives d'extraction placentaire opérées par la sage-femme. Le placenta était demeuré adhérent. Les essais de réduction entrepris par des confrères qui m'avaient précédé n'avaient amené que le décollement de l'arrière-faix : l'utérus n'avait même pas pu être réintégré dans le vagin. La malade était sans pouls, plongée dans un collapsus profond et avait les extrémités froides ; le moindre attouchement provoquait des convulsions épouvantables. Aussi j'eus recours au chloroforme ; et, grâce au sommeil anesthésique, je pus replacer assez facilement le corps de l'utérus contracté. Aussitôt après la réduction, le pouls redevint perceptible. Et non seulement la femme guérit, mais, trois ans après, elle eut un accouchement naturel et à terme. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour d'autres cas ? Je conseille donc d'essayer tout d'abord de replacer la matrice avec le placenta ; si la chose est impossible, l'on séparera l'arrière-faix et l'on réduira après.

Dans les cas d'inversion incomplète, on a observé quelquefois la réduction spontanée, aussitôt le placenta enlevé, c'est-à-dire aussitôt après la cessation de la traction exercée sur le fond ou sur la paroi de l'utérus. Plus il se sera écoulé de temps entre la production de l'accident et l'intervention, plus la reposition rencontrera d'obstacles, et cela parce que l'anneau de l'orifice utérin, c'est-à-dire le col, se contracte et devient difficilement dilatable. L'observation si curieuse de *Spiegelberg* (loc. cit.), qui a vu la réduction spontanée se produire après quinze jours de décubitus dorsal et pendant une forte diarrhée, est demeurée jusqu'à présent unique dans la science.

Il faudra donc ***réduire*** le plus tôt possible. Le mieux est d'endormir préalablement la femme. Puis on saisit le corps de la matrice entre les doigts et on le refoule en haut, pendant que la main appliquée sur l'abdomen fixe l'entonnoir utérin. Le taxis portera sur la partie sortie la dernière, soit de tous les côtés à la fois, soit en un point d'abord (région tubaire, *Nœggerath*). On pourra, si le besoin s'en fait sentir, renouveler les tentatives dans

la position génu-brachiale. On a fréquemment réussi, après des séances de taxis longues et répétées, à réduire un utérus inversé depuis des années. *Barnes* (1) a recommandé le débridement du sphincter cervical pour réduire le segment utérin adjacent. La contre-pression nécessaire, opérée par la main hypogastrique, peut être remplacée par l'écartement des doigts introduits de haut en bas dans l'infundibulum (*Emmet*) ou par des pinces à érignes qu'on applique, durant les manœuvres de reposition, sur les lèvres du museau de tanche. (*Schrœder*, Mal. des org. gén. de la femme.) Il est quelquefois indiqué, avant de renouveler les tentatives de réduction, d'amener la diminution de volume de la masse inversée par un long repos au lit, des tampons de glycérine iodée et le massage.

Parmi les appareils plus ou moins rigides proposés récemment pour provoquer la réduction, je citerai celui de *Lawson Tait* (2) : la main réductrice est remplacée par un instrument en forme de timbale qui reçoit l'utérus et que l'on fixe à une ceinture abdominale au moyen de forts tubes en caoutchouc partant du fond. Ces tubes exercent sur la matrice une compression en rapport avec leur tension, que l'on modifie à volonté. La compression est continuée pendant des journées entières et, selon le dire des journaux de gynécologie anglais, conduit sûrement au but désiré. Je n'ai jamais employé ce procédé.

Différents auteurs ont indiqué, pour les cas graves et en apparence incurables, divers appareils qui sont tous destinés plus ou moins à pratiquer l'amputation partielle de l'utérus, à suturer le col au-devant de lui, etc., etc. (*Emmet*, *Americ. Journ. of med. sc.* Janvier 1868. — *Freund*, *Zur Path. u. Therap. der veralt. Invers. uteri puerp.*., 1870.)

Échoue-t-on, même après des tentatives longtemps répétées, ce n'est que la gravité extrême des accidents qui autorisera une intervention ultérieure plus active. Dans ces cas, la réduction réussit quelquefois après dilatation préalable du vagin à l'aide du colpeurynter (1). On a relaté, en effet, des cas où la colpeuryse, régulièrement continuée pendant des semaines, a amené la reposition de l'organe inversé (2).

(1) *Obstetr. Journ. of Gr. Brit. and Irel.* Avril 1873.
(2) *Obst. soc. of London*, 1870, XI. — *Obst. Journ. of Gr. Br. and Irel.* 1873, LXIX, p. 585.

Quoi qu'il en soit, on n'emploiera les moyens radicaux que s'il existe des symptômes sérieux et si les manœuvres de réduction provoquent, à chaque tentative, une réaction générale fâcheuse. La plus grande prudence est commandée par la débilitation consécutive aux hémorrhagies profuses et aux accidents mêmes de l'inversion, par l'irritabilité du péritoine et l'inflammation des parties meurtries par le taxis. Lorsque les malades ont heureusement passé la période menaçante du début, il sera toujours temps, au cas où la reposition aurait échoué, de cautériser la surface fortement sécrétante de la masse inversée, et de tarir ainsi la source des hémorrhagies et de la leucorrhée.

Au reste l'échec n'est pas toujours dû à la résistance du col; bien plus souvent il est le résultat des adhérences qui se produisent entre les deux feuillets péritonéaux, adossés l'un à l'autre dans l'entonnoir utérin, avec les organes annexes qui se trouvent entraînés dans ce dernier. Le diagnostic de ces adhérences est fort difficile, si les parois abdominales ne sont pas très minces et ne permettent pas un examen minutieux. On sera obligé d'admettre la présence de cette sorte d'obstacle dans les cas où ce ne sont ni la rigidité du col ni d'autres entraves manifestes qui empêchent la réussite des manœuvres de réduction.

Dans les cas ***d'irréductibilité*** de la masse inversée, lorsque des symptômes menaçants exigent une intervention radicale, on pourrait en dernier lieu avoir recours au procédé de *Gaillard Thomas* (3), pratiquer la laparotomie et dilater par en haut l'entonnoir d'inversion, pendant que la main réduit l'utérus par en bas. L'opération réussit-elle, le succès sera évidemment complet; mais il me semble que le procédé en lui-même, eu égard aux adhérences possibles de l'infundibulum, ne doit pas briller par la facilité de l'exécution.

(1) Kroner, *Arch. f. Gyn.* XIV et XVI.
(2) Schrœder, *loc. cit.*, p. 213.
(3) *Americ. Journ. of Obstetrics.* II, p. 423. — *Diseases of Women*, V ed. — Duncan, *Edinb. med. Journ.*, 1877.

En outre, nous savons aujourd'hui que ***l'hystérectomie totale*** n'a pas d'influence nocive sur la vie de la femme et n'expose pas celle-ci à de si grands dangers qu'on l'a admis jadis. On pourrait donc, dans les cas tout à fait désespérés, se décider plus facilement à l'extirpation de l'organe inversé. Il y a quelques années on pratiquait l'excision de la masse invaginée, c'est-à-dire une amputation plus ou moins partielle, soit au moyen de la ligature ou du bistouri, soit en combinant ces deux modes d'action. La mortalité considérable fournie par ce procédé montre que ces excisions n'étaient pas précisément inoffensives (1). Le danger résultait en partie de l'étendue considérable des lésions, dues souvent aux tentatives de réduction, en partie, et surtout à des hémorrhagies extrêmement abondantes qu'il n'était pas possible d'arrêter, puisque après excision du fond utérin, les parois rigides du col se retiraient immédiatement, retournant la plaie du côté de la cavité abdominale et donnant du sang en quantité considérable, avant qu'on n'eût pu ressaisir les surfaces cruentées.

J'ai vu douze cas d'inversion dont cinq dans ma clientèle, et je n'ai jamais été obligé de m'adresser à ce mode d'intervention. Il me semble cependant qu'en présence de la technique actuelle de l'hystérectomie vaginale, on devra, avant d'opérer, lier les ligaments larges, inciser le cul-de-sac vaginal postérieur et, avant d'aller plus loin, empêcher par des sutures le prolongement sur le plancher pelvien de la solution de continuité. Cela fait, on extirpera l'organe.

Grâce à cette manière de procéder, on doit pouvoir faire de l'hystérectomie une opération presque non sanglante, qu'il s'agisse d'un utérus en situation normale ou d'un utérus inversé.

En tout cas, il ne faut désespérer de la possibilité de la réduction que lorsque les tentatives continuées patiemment échouent d'une façon absolue. En second lieu, ce n'est que lorsque les accidents continueront à menacer l'existence de la femme, qu'il pourra être question d'hystérectomie.

(1) Voir Hegar et Kaltenbach, 3e Éd., p. 569. — Spiegelberg, *Arch. für Gyn.* IV et V. — Schülein, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* X, p. 345.

B — Inflammations de la muqueuse des organes génitaux

Il me semble parfaitement permis et même utile de réunir en un seul tout les diverses inflammations de la muqueuse de l'appareil génital de la femme. Ces affections sont en effet dans une relation étiologique des plus intimes, et quel que soit le segment du canal génital qui soit atteint, ses congénères participent souvent tôt ou tard au processus morbide. Elles présentent toutes ceci de particulier que le stade aigu est très court, que le début est insidieux, et que la maladie ne révèle la plupart du temps son existence que lorsqu'elle est déjà passée à l'état chronique. Enfin le traitement offre certaines indications communes. Cependant, après avoir formulé les considérations générales, je m'efforcerai, au fur et à mesure des besoins, de séparer les différentes formes et d'étudier ce qu'elles offrent chacune de particulier.

L'***étiologie des inflammations*** du tractus génital est essentiellement liée à la vie sexuelle de la femme. Ce n'est pas seulement la période d'activité sexuelle maxima, c'est-à-dire la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral, qui prédispose à ces sortes d'affections. La menstruation elle-même, et avec elle un groupe de conditions inhérentes au mariage, deviennent très aisément l'origine de maladies de la muqueuse génitale. Quant aux enfants, nous trouvons chez eux les catarrhes qui se produisent au cours des maladies générales infectieuses, sous l'influence d'une nutrition insuffisante, dans l'helminthiase intestinale et à la suite des pratiques d'onanisme. Plus tard, on a surtout affaire aux inflammations et à l'infection gonorrhéiques. A ce propos, on est indécis sur la question de savoir si ces processus sont provoqués par le micro-organisme lui-même ou si celui-ci ne fait que trouver un terrain de culture favorable dans