

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

Dans un cas de Harvey, on proposa d'extriper l'utérus : nous devons préférer 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'inver-

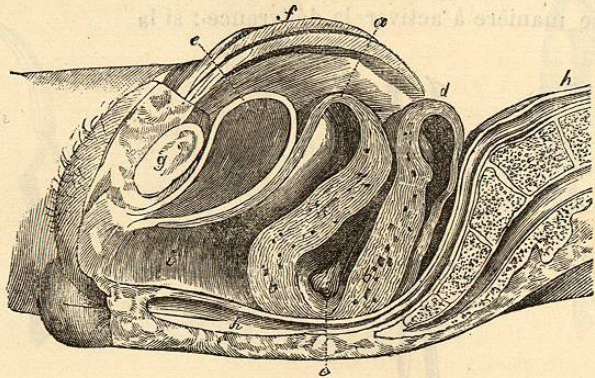


Fig. 224. — Inversion partielle de l'utérus (*).

sion 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 par-

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

(*) *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.

tielle ou complète. William Newnham (1) 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 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 cons-

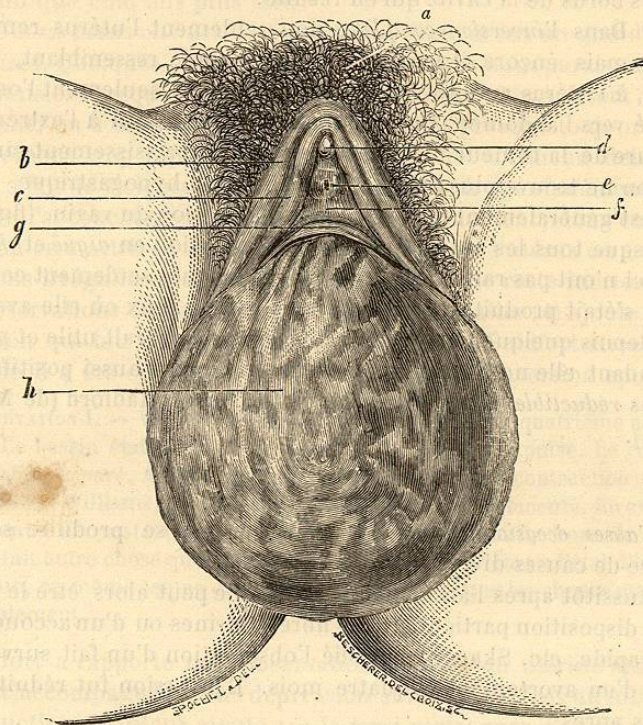


Fig. 225. — Inversion complète de l'utérus, occasionnée par l'extraction précipitée du placenta (*).

tatera extérieurement une dépression correspondante 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 léger n'est appréciable à travers

(1) W. Newnham, *An Essay on the symptoms, and treatment of inversio uteri*, etc. London, 1818, p. 2, 3.

(*) *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 DUGÈS, *Atlas*, pl. XII, fig. 4.)

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. 224), formant une tumeur volumineuse de forme demi-sphérique, et entourée exactement par les bords de l'orifice. Dans ce cas, la dépression du fond observée à travers les parois abdominales sera très marquée, et l'on ne sentira que les bords de la cavité qui en résulte.

« 3° Dans l'inversion complète, non-seulement l'utérus remplira le vagin, mais encore il fera saillie au dehors; ressemblant, pour sa forme, à l'utérus aussitôt après l'accouchement, seulement l'orifice est tourné vers l'abdomen. On peut sentir l'orifice utérin à l'extrémité supérieure de la tumeur formant une sorte d'épaississement circulaire, etc., on ne trouve plus l'utérus dans la région hypogastrique. Cette lésion est généralement accompagnée d'inversion du vagin. (fig. 225). »

Presque tous les auteurs ont divisé l'inversion en *aiguë* et *chronique*. Ceux-ci n'ont pas rangé parmi les cas chroniques seulement ceux où la lésion s'était produite lentement, mais encore ceux où elle avait existé déjà depuis quelque temps. Cette division nous paraît utile et pratique. Cependant elle ne donne pas de renseignements aussi positifs que les termes *réductible* et *irréductible* qu'a proposés Radford (de Manchester) (1).

§ II. — Causes.

I. *Causes occasionnelles*. — L'inversion peut se produire sous l'influence de causes diverses.

1° Aussitôt après l'accouchement (2), elle peut alors être le résultat d'une disposition particulière des fibres utérines ou d'un accouchement trop rapide, etc. Skae (3) a publié l'observation d'un fait survenu à la suite d'un avortement à quatre mois. L'inversion fut réduite douze heures après.

2° Quelques jours après l'accouchement, quoique Newnham pense que, dans ces cas, il existait déjà une dépression dès le premier jour. Cowan (de Melrose) a publié une observation où l'inversion se produisit quatre-vingts jours après l'accouchement; Ané (4) et Baudelocque en ont vu se produire le troisième jour; Leblanc, chirurgien d'Orléans (5), et Tealier (6), le dixième jour.

(1) Radford, *Dublin Journal*, septembre et novembre 1837, t. XII.

(2) Williams, *Lancet*, juillet 1839.

(3) Skae, *Edinburgh med. Journal*, mai 1849, p. 773.

(4) Ané, *Journal général*, t. II, p. 27.

(5) Leblanc, in Sabatier, *Mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin* (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.* Paris, 1757, t. III, p. 379).

(6) Tealier, *Journal universel des Sciences médicales*, t. XXXII, p. 220.

3° L'inversion peut se faire graduellement dans l'état de vacuité de l'utérus par suite de l'insertion d'un polype au fond de l'organe (1). Capuron (2) et Newnham mettent ces faits en doute. Cependant on en a cité des exemples (3). M'Clintock en a rapporté un, et nous en avons constaté un nous-mêmes sur l'origine duquel on pouvait se tromper. Nous pouvons cependant être induit en erreur, et supposer que l'inversion s'est produite lentement parce qu'elle est restée longtemps méconnue. Levret mentionne un cas survenu après l'accouchement, et qui ne fut reconnu que cinq ans plus tard.

II. *Causes déterminantes*. — Les auteurs énumèrent un grand nombre de causes. Quelques-unes sont réelles, les autres nous paraissent toutes de fantaisie. Presque toutes les causes de l'inversion agissent mécaniquement; on a constaté que cette lésion suit presque toujours un accouchement trop rapide, surtout si la femme accouche debout, ou si elle a fait de violents efforts. Elle peut survenir spontanément, même lorsque l'accouchement s'est terminé naturellement; dans ces conditions on en a attribué la production à l'atonie de l'utérus ou à des contractions irrégulières de l'organe dont une partie reste inerte. A la fin des observations de Denman, sur l'inversion, Waller (4) ajoute une observation qui lui a été donnée par Williams de Guidfort-street, et par laquelle il a été convaincu de la possibilité de l'inversion spontanée.

OBSERVATION I. — Williams assistait une dame dans un quatrième accouchement. Le bassin était ample; l'enfant fut rapidement expulsé. Le cordon fut lié, l'enfant séparé. Aussitôt après il y eut une longue contraction expulsive qui, suivant Williams, devait avoir détaché et chassé le placenta. En examinant la patiente, il constata une énorme tumeur faisant saillie hors du vagin, et qui n'était autre chose que l'utérus retourné sur lui-même à l'état d'inversion. L'organe, en même temps que le placenta, fut réduit, et les choses marchèrent favorablement.

Radford a rapporté une observation d'inversion utérine spontanée, qui fut accompagnée d'une dépression subite des forces au moment de la réduction. L'auteur ajoute : « Je ferai remarquer d'abord que l'inversion avait été spontanée, car je n'avais même pas encore touché au cordon lorsqu'elle survint. En outre, comme il n'y eut pas d'hémorrhagie et que la rétroimpulsion du fond de l'utérus fut faite en quelques secondes, il me paraît très difficile de se rendre compte de cette dépression subite des forces. Il me paraît plus probable que la douleur utérine, la diminution subite du volume, la consistance ferme de l'organe et la rapidité dans l'apparition de l'accident sont bien plutôt expliquées par

(1) Jourdan, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1818, vol. XXIII, p. 289, art. HYSTÉROPTOSE. — Higgins, *Edinburgh monthly Journal*, juillet 1849.

(2) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 495.

(3) Voyez Velpeau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 15 février 1843.

(4) Waller in Denman, *Midwifery*, p. 244, note.