

court (1). Le cordon a été quelquefois rompu sans que l'inversion s'en soit suivie (2). Quant à la brièveté du cordon due à l'enroulement autour du cou du fœtus, nous ne croyons pas qu'elle puisse causer l'inversion, d'autant plus que ce phénomène n'a lieu que lorsque le cordon est plus long que de coutume, et il est rare que cet enroulement réduise la longueur du cordon au-dessus de 12 pouces.

L'inversion utérine peut se montrer en dehors de la parturition, contrairement à l'assertion d'Astruc et de quelques auteurs anciens. S'il survient une tumeur à la partie supérieure du fond de l'utérus,

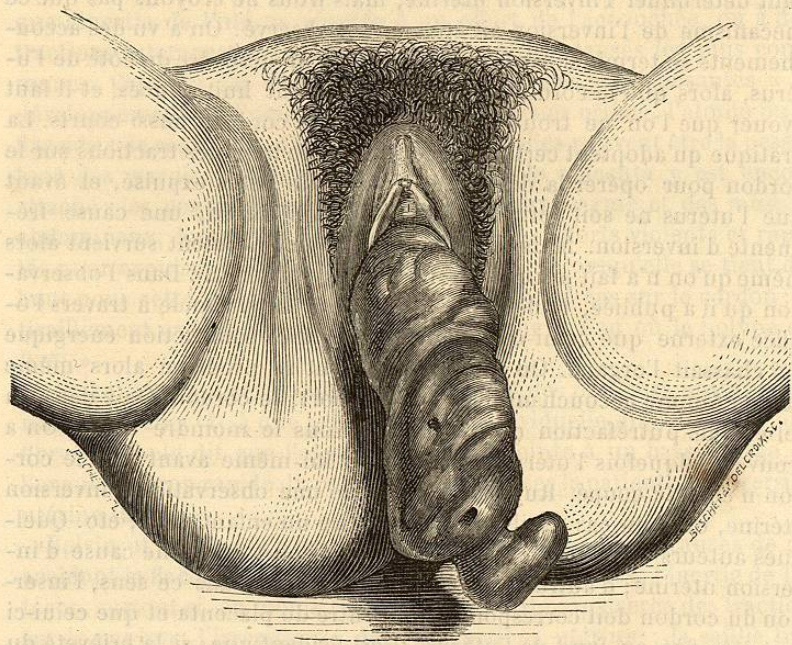


Fig. 226. — Inversion de l'utérus. (M'CLINTOCK.)

elle distendra d'abord la cavité utérine mécaniquement, et, par son poids, elle descendra vers l'orifice utérin, entraînant avec elle le fond de l'organe, et amènera ainsi une inversion complète.

Nous avons observé un fait de cette nature à l'hôpital de Jervisstreet, grâce à l'obligeance de Montgomery, aux soins duquel la malade avait été confiée par le chirurgien Lynch.

Un fait curieux de cette nature est publié par Browne (3), un autre a été rapporté par Oldham, un autre par Higgins qui enleva, avec suc-

(1) *Med. and phys. Journal*, vol. LV, p. 205.

(2) Gifford, *Cases*, n° 92, 127, 175, 194, 199. — Perfect, *Cases*, n° 109, 132. — Rambotham, *Cases*, n° 28, 31, 33, 34, in Radford's *Essay*.

(3) Browne, *Dublin med. Journal*, vol. VI, p. 11.

cès, au moyen du couteau, et la tumeur et la partie de l'utérus sur laquelle elle était insérée. Ce chirurgien avait eu la précaution d'étreindre avec un ruban la partie qu'il voulait enlever, afin de se prémunir contre une hémorrhagie. La malade supporta l'opération à merveille et se rétablit complètement (1).

Une opération semblable, suivie du même succès, a été faite par M'Clintock (2), à l'obligeance duquel nous devons la figure 226.

Un fait semblable a été observé par M. Tillaux (3). Il s'agissait d'une tumeur fibreuse insérée sur le fond de l'utérus et enlevée à l'aide de la chaîne d'écraseur. Il en résulta une ouverture du péritoine, et une péritonite suraiguë rapidement mortelle.

§ III. — Symptômes.

I. *Inversion aiguë*. — Les symptômes que l'on observe dans l'inversion aiguë, c'est-à-dire lorsque celle-ci survient aussitôt après l'accouchement, et quand le déplacement est à peu près ou tout à fait complet, sont toujours sérieux et alarmants. Le symptôme le plus ordinaire est un épuisement brusque, de la prostration, qui survient aussitôt que l'inversion s'est produite. Cette prostration ne tient pas à une hémorrhagie, car elle survient alors même qu'il ne s'écoule que peu ou point de sang, la face devient d'une pâleur mortelle, la voix s'éteint, le pouls est rapide, petit, hésitant, il survient des nausées et des vomissements; en un mot, la malade est menacée d'une mort rapide. Quelques auteurs signalent des symptômes nerveux et même des convulsions, mais nous croyons que certains au moins ont confondu l'agitation et l'anxiété des malades menacées de mort avec de véritables convulsions. Si l'inversion n'est pas complète, ces symptômes seront moins marqués. Il n'est pas rare d'observer en même temps une hémorrhagie quelquefois très abondante, et qui vient nécessairement ajouter au péril d'une pareille situation. Newnham dit : « Lorsque l'utérus se retourne sur lui-même, il survient aussitôt une hémorrhagie rapidement suivie de lipothymies et d'une sensation de plénitude du vagin, et dans le plus grand nombre de cas par une mort instantanée (4). » On soupçonnera qu'il existe une inversion quand ces symptômes auront une durée plus longue que de coutume, et l'on s'assurera immédiatement de l'état des organes par un examen direct. En parlant de la nécessité qu'il y a d'examiner attentivement une malade chez laquelle on soupçonne une inversion, Denman s'exprime ainsi : « Les raisons qui nécessitent un examen dans ce cas, sont : 1° que la malade

(1) Higgins, *Edinburgh monthly Journal*, juillet 1849, p. 889.

(2) M'Clintock, *Clinical memoirs on diseases of women*, Dublin, 1863, p. 97.

(3) Tillaux, *Tumeur fibreuse insérée sur le fond de l'utérus* (*Annales de gynécolog.*, décembre 1874, p. 461).

(4) Newnham, *Essay on inversion*. London, 1813, p. 86.

peut être aussitôt tirée d'un péril imminent; 2° qu'un organe aussi important ne peut rester dans cet état alors même qu'il n'y a pas d'hémorrhagie ni de danger immédiat; 3° que si la rétro-pulsion n'est pas faite aussitôt, très peu de temps après l'organe ne pourrait être replacé dans sa situation normale (1). »

Dans beaucoup de cas il n'y a pas d'hémorrhagie du tout, suivant Brown (2), White (3), Albers (4), E. Chapman (5), Hamilton (6), Radford; ou bien l'hémorrhagie n'est pas en rapport avec l'inversion, suivant Newnham, Dailliez (7), Burns (8), mais il survient un collapsus complet et des symptômes nerveux. Ces auteurs affirment que dans ces cas on n'a pas moins de peine à ranimer les malades que dans ceux où il existe une hémorrhagie. Il y a généralement une violente contraction utérine immédiatement avant l'inversion ou pendant qu'elle se produit; généralement alors la patiente se figure qu'elle met au monde un second enfant, et cette opinion est encore confirmée par la pression qu'exerce l'utérus renversé en traversant le pelvis. Souvent même, après un examen, le médecin peut confondre cette tumeur avec le sommet d'un autre fœtus. La malade accuse de violentes douleurs avec une sensation de tiraillements dans les reins, et quelquefois elle se plaint de rétention d'urine. Si l'on applique la main sur le ventre, on ne rencontre pas l'utérus rétracté, et c'est là un des meilleurs signes de cet accident. Quand l'inversion n'est pas complète, on peut quelquefois sentir l'utérus au-dessus des pubis, mais il présente alors à son sommet une dépression très marquée. Si l'on examine la femme par le toucher vaginal, on trouvera une tumeur située dans la cavité pelvienne, soit dans le vagin ou pendant hors du vagin. Cette tumeur est globuleuse, élastique, douloureuse, elle présente une surface inégale et saignante, elle est plus large à la partie inférieure qu'à la partie supérieure où elle est étranglée par l'orifice utérin; si la tumeur n'est pas réductible, il arrive quelquefois qu'elle s'enflamme, se gangrène, et dans ce cas la mort est la conséquence ordinaire (9). Si le placenta n'a pas été expulsé avant que l'inversion ait eu lieu, on le trouve fixé sur une partie de la tumeur et en augmentant considérablement le volume. On observera une très grande différence dans

(1) Denman, *Midwifery*, p. 420.

(2) Brown, *Annals of Medicine*, 1691, vol. II, p. 278.

(3) White, *Med. Commentaries*, vol. II, p. 268.

(4) Albers, *Ducan's Annals of Med.*, vol. V, p. 392.

(5) Chapman, *Essay on the improvement of midwifery*, 3^e édition. London, 1759, p. 123.

(6) Hamilton, *Med. Commentaries*, vol. XVI, p. 316. — *Outlines of midwifery*. Edinburgh, 1826, p. 420.

(7) Dailliez, *Précis des leçons de Baudelocque sur le renversement de la matrice*. Paris, 1803 ou 1805.

(8) Burns, *The principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 551.

(9) Astruc, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1778. — Manning, *On diseases of females*, p. 285.

les dimensions de la tumeur suivant qu'elle sera complète ou non, suivant qu'elle aura été produite depuis un temps plus ou moins long. « Dans le quatrième degré, *inversion complète*, qui est le plus rare de tous, il est ordinaire, disent Boivin et Dugès (1), que la tumeur formée par l'utérus ait plus de volume que ce viscère n'en doit avoir même aussitôt après un accouchement à terme; c'est qu'alors il est effectivement distendu par des portions d'intestins qui se sont logées, avec les trompes et les ovaires, dans la cavité nouvelle que l'accident a produite. On en connaît plusieurs exemples authentiques, dont le plus ancien est de Stalpart Van der Wiel (2). Les intestins furent mis à nu, après la mort de la femme, par l'incision de la tumeur pendante entre les cuisses. Baudelocque a observé quelque chose de semblable. On peut voir dans Ruysch la figure d'une pareille tumeur, dont le volume offre près de 6 pouces de diamètre en tous sens. Une observation détaillée de Levret nous apprend que le sac formé ainsi par la matrice et le vagin retournés était rempli par une portion du rectum, de la vessie et des intestins grêles, les trompes, les ovaires, chez une femme de soixante-dix ans (3). »

Si l'inversion est complète, l'examen direct par la vue nous donnera de plus amples renseignements. La tumeur offre une coloration rouge, si la production en est récente; mais bientôt elle prend une teinte brun foncé. Elle est ordinairement volumineuse, molle, en partie réductible, d'une couleur rouge-brun, humide, au moins dans la première période, plus pâle quelquefois. Elle se dessèche après un certain temps; elle augmente ou diminue par intervalles, surtout quand elle renferme des portions d'intestin. Le doigt, porté entre les parois vaginales et la surface externe de la tumeur, rencontre, à une hauteur variable, un cul-de-sac et une bande circulaire faisant saillie autour de la partie supérieure de la tumeur. Lorsque l'inversion existe à un degré moindre, la tumeur moins volumineuse, cachée dans le vagin, peut être vue avec le spéculum. La surface en est lisse, humide, d'une couleur rouge foncé et souvent couverte d'ecchymoses. Si l'inversion est récente, on peut voir du sang exhalé par l'ouverture béante des sinus utérins, mais on ne trouvera pas l'orifice utérin, et ce signe suffira pour distinguer l'inversion utérine du prolapsus. Si la lésion est incomplète, on pourra la constater dans le vagin, et cependant, s'il n'y a qu'une simple dépression, il pourra se faire qu'on ne l'atteigne pas par cette voie.

Les symptômes que nous venons d'énumérer sont les principaux qu'on observe dans l'inversion utérine aiguë.

(1) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 222.

(2) Stalpart Van der Wiel, *Observations rares d'anatomie et de médecine*, trad. par Planque. Paris, 1780, t. I, p. 227.

(3) Levret, *Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice*. Paris, 1759, p. 140.

II. *Inversion chronique*. — Les symptômes qui caractérisent la forme chronique, qu'elle soit la conséquence de la forme aiguë ou qu'elle se soit produite graduellement, sont bien moins formidables. La malade est sujette à des hémorrhagies irrégulières et, dans l'intervalle de ces hémorrhagies, à un écoulement muqueux très abondant. Chaque mois, la surface est couverte de gouttelettes rouges, qui ne sont autre chose que les règles. La malade se plaint de douleur, d'une sensation de pesanteur dans le bassin et de tiraillements dans les reins. Si l'utérus fait saillie hors des organes génitaux externes, la sensibilité de cet organe diminue notablement, à cause de la formation d'une sorte d'épiderme à la surface de la muqueuse. Si l'utérus est exposé à quelque choc, ou qu'il s'accumule à sa surface des sécrétions âcres, il peut survenir une inflammation circonscrite ou des ulcérations, tantôt superficielles, tantôt profondes, qui ne sont pas sans danger pour la malade, si l'on n'y remédie promptement. L'état général souffre beaucoup de cet état de choses. Quand la malade est sortie de l'état d'épuisement ou de dépression nerveuse qui suit immédiatement l'accident, les hémorrhagies et l'écoulement muqueux qui surviennent ensuite rendent la femme pâle et comme exsangue, et l'exposent à des accidents consécutifs, tels que la syncope, des suffusions séreuses, la fièvre hectique, etc.

§ IV. — Terminaisons.

La patiente peut mourir d'épuisement ou d'hémorrhagie aussitôt après l'accident, suivant Barbaut (1), Amand (2), Delmas (3), Heister (4), Peu (5), Levret, Gifford, John Windsor (6), Clarke, Denman, Boivin et Dugès. Elle peut succomber aux conséquences plus tardives des hémorrhagies répétées, suivant Mauriceau (7), Haighton (8), Cooper (9), Windsor. Des cas mortels ont été publiés par Peu (10), P. Portal (11), Stalpart Van der Wiel (12), Millot (13), Chapman (14), Sa-

(1) Barbaut, *Cours d'accouchements*. Paris, 1775, t. I, p. 88.

(2) Amand, *Nouv. observ. sur la pratique obst.*, 52, p. 214; *Bibliothèque de Planque*. Paris, 1748, t. I.

(3) Delmas, in Ferrand, thèse. Paris, 1828, n° 250.

(4) Heister, *Surgery*, vol. II, p. 459.

(5) Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1694, p. 585-587.

(6) Windsor, *Some observ. on inversion of the uterus* (*Med. chir. Transactions*. London, 1819, t. X, p. 358).

(7) Mauriceau, *Des maladies des femmes grosses et accouchées, avec la méthode de les aider dans leurs accouchements*. Paris, 1694, vol. II.

(8) Haighton, *M. S. Lectures*.

(9) Cooper, *Surgical Dictionary*, art. INVERSION OF THE UTERUS.

(10) Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1694.

(11) Paul Portal, *La pratique des accouchements soutenue par un grand nombre d'observations*. Paris, 1685, Obs. 76.

(12) Van der Wiel, *Observ. rar. d'anat. et de médecine*. Paris, 1780, cent. 10, obs. 67.

(13) Millot, *Supplément à tous les traités sur les accouchements*. 2^e édit. Paris, 1809.

(14) Chapman, *Essay on the improvement of midwifery*, case 29.

viard (1), Heister (2), Smellie (3), Mauriceau (4). Boivin et Dugès (5) ajoutent que « la mort immédiate ou presque immédiate, c'est-à-dire survenant peu de jours après la production de l'accident, peut dépendre encore des douleurs, des convulsions, des syncopes, causées par la violence même qu'a subie l'utérus, surtout si des mains ignorantes l'ont tirillé, lacéré, le prenant pour un polype ou pour une môle ». On voit quelquefois survenir la distension et l'inflammation de la vessie, qui ajoutent encore aux dangers de la situation (6). L'utérus retourné sur lui-même peut être étranglé et frappé de gangrène, et quoique alors le péril soit des plus grands, on a cependant vu des faits analogues se terminer favorablement (7). Ou bien encore si la malade ne succombe pas au premier choc, et si la tumeur n'est pas frappée de gangrène, celle-ci peut, après un certain temps, diminuer de volume, et la malade souffrira comparativement peu. Denman (8) cite l'exemple d'une femme qui vint le consulter pour une inversion de l'utérus, vingt ans avant sa mort; et Delamotte parle d'une femme chez qui, trente ans avant qu'elle ne vint le voir, l'inversion était complète. Il est très rare que la tumeur utérine, saillante entre les grandes lèvres, ait été atteinte de lésion organique, cancer ou ulcération.

§ V. — Diagnostic.

La facilité du diagnostic dépendra beaucoup du degré de l'inversion : lorsqu'elle est incomplète, le diagnostic est très difficile ; souvent même, quand elle est complète, il demandera beaucoup de soins et d'attention ; il sera plus facile, si l'examen est fait aussitôt après la production de l'accident.

L'inversion utérine sera distinguée :

I. *Avec le polype de l'utérus* parce que, dans un cas d'inversion complète, l'orifice n'entourera pas le sommet de la tumeur. En outre, il sera impossible, quand l'inversion sera partielle, de passer le doigt autour du col de la tumeur, entre celle-ci et le bord de l'orifice.

La forme de la tumeur est encore un élément utile du diagnostic, le polype est large à sa base ; il est inséré par un pédicule étroit, tandis que l'utérus retourné est plus large vers le sommet qu'à la partie infé-

(1) Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Paris, 1702, obs. 15 et 36.

(2) Heister, *Medico-chirurg. and anat. cases and Observations*. London, 1755, case 369.

(3) Smellie, *Midwifery*, vol. V, case 3, p. 444. — *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*. Paris, 1771, t. III.

(4) Mauriceau, Obs. 355, 398, 685.

(5) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 233.

(6) Burns, *The principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 552.

(7) Ryan's *Journal*, 12 mars 1836.

(8) Denman, *Midwifery*, p. 421.