

ci prend naissance du fond de la matrice, le doigt ou un stylet pourront s'enfoncer profondément et de tous côtés entre lui et le pédicule de la tumeur; s'il naît des parois du col, on se trouvera bien arrêté d'un côté par un cul-de-sac, mais de l'autre, point d'obstacles. »

Si l'inversion est incomplète, elle peut être confondue avec un polype de l'utérus; mais elle s'en distinguera par une surface saignante et inégale, par sa sensibilité, et aussi par le *cul-de-sac* qu'on trouvera en dedans de l'utérus.

Pour M. Guéniot (1) l'acupuncture est un excellent moyen de diagnostic. La sensibilité est nulle et la consistance très ferme dans le cas de polype; tandis que l'inversion se présente avec une mollesse et une sensibilité considérables.

II. Avec le prolapsus de l'utérus, si l'inversion est complète, on l'en distinguera en se rappelant les circonstances qui ont présidé à sa formation, par l'hémorrhagie qui sera survenue à ce moment, par l'absence de la muqueuse vaginale, par l'absence, de la vessie à la partie antérieure, de l'orifice utérin à la partie inférieure.

III. Avec la cystocèle vaginale, par sa consistance plus grande, sa surface inégale, vilieuse et saignante, et par l'invariabilité de ses dimensions.

Nous devons faire observer que la valeur de beaucoup de ces signes distinctifs n'est réelle que pendant un court espace de temps après la production de l'accident, et surtout dans les cas où celui-ci est arrivé peu après un accouchement; par exemple, l'hémorrhagie, les caractères de la surface utérine, le volume de la tumeur, etc.

#### § VI. — Traitement (2).

I. *Inversion à forme aiguë.* — On doit tout d'abord songer à repousser à sa place la tumeur utérine, et si l'on se trouve présent au moment même de l'accident, l'opération n'offre pas de grandes difficultés. Il est de la plus haute importance que la réduction soit tentée à l'instant même. Chaque heure de retard accroît la difficulté, et après quatre ou cinq heures, suivant Denman, la réduction est souvent impossible. Le temps après lequel la tumeur devient irréductible est variable suivant les cas et suivant l'expérience du médecin. Il y a aussi une grande différence selon que l'inversion est complète ou non. On a observé des cas où la réduction avait été spontanée quand il existait une simple dépression (3), et même lorsque l'inversion était complète; mais de pa-

(1) Guéniot, *Archives de méd.*, 1868, t. II, p. 393.

(2) Ch. Weiss, *Des réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance.* Thèse, 1873.

(3) Capuron, *Traité des maladies des femmes.* Paris, 1812, p. 501-509. — Cleghorn, *Medical communications*, t. II, p. 226.

reils faits ne doivent pas autoriser le médecin à retarder un seul instant les tentatives de réduction. L'utérus doit être saisi à pleine main, et il faut le faire repasser à travers l'orifice vaginal; la main (bien graissée) suivra, le chirurgien rapprochera les doigts en forme de cône, et il appuiera sur le fond de l'utérus seulement. Newnham ajoute qu'on s'est demandé s'il ne valait pas mieux garnir l'extrémité des doigts avec un linge doux. On a également proposé des moyens mécaniques; mais il est facile de voir combien de pareils moyens sont incommodes; il nous paraît de toute évidence que le meilleur instrument est la main introduite et dirigée avec prudence après avoir été soigneusement enduite d'un corps gras. Burns (1) conseille de chercher à pénétrer tout de suite à travers l'orifice utérin, en saisissant la tumeur doucement entre les doigts et la repoussant lentement en haut vers cet orifice. Cette manœuvre peut être facilitée en repoussant la partie la plus saillante du fond de l'utérus dans la direction de l'axe de cet organe de façon à faire une inversion en sens opposé. Radford (2) objecte à ce procédé que le fond de l'utérus est, après l'orifice, la partie la plus irritable de l'organe. Quand la lésion existe depuis peu de temps, la pression sur cette partie est très douloureuse, amène des contractions et quelquefois une hémorrhagie; mais on peut saisir le corps de l'utérus et le comprimer; si nous pouvions repousser en haut le fond de l'utérus, et pour ainsi dire le replier sur lui-même, nous nous trouverions en face d'une double inflexion, car le corps de l'utérus sera comprimé par le col et le fond à son tour sera serré par le corps. Il est évident alors que nos efforts doivent porter sur l'angle d'inflexion, c'est-à-dire sur ce point où l'utérus est replié sur lui-même. On n'obtiendra aucun résultat tant qu'on n'aura pas dilaté le vagin. Mais alors, après un certain temps, et si la pression est continuée, l'utérus s'échappera tout à coup à la façon d'une bouteille de caoutchouc qu'on aurait retournée sur elle-même, et l'organe reprendra sa situation normale. La main en cet instant est dans la cavité utérine, il faudra se garder de la retirer aussitôt; on laissera aux contractions utérines le soin de l'expulser. On aura ainsi une garantie contre la reproduction de l'accident, on s'assurera également, avant de retirer la main, que la réduction est complète. M. Newnham conseille de chercher à réduire d'abord la portion de l'utérus qui a été expulsée en dernier lieu à travers l'orifice.

Il est bien difficile de s'attacher à ces minuties, car l'espace est bien restreint lorsque la main et l'utérus sont dans la cavité pelvienne, et, tant que la tumeur est à l'extérieur, il est presque impossible d'en faire la réduction. Des observateurs sérieux ont expressément établi que la réduction ne commence que lorsque le vagin est dilaté complètement.

(1) Burns, *The principles of midwifery.* London, 1843, p. 553.

(2) Radford, *Dublin Journal*, novembre 1837.

Dans beaucoup de cas, le placenta reste attaché à l'utérus lorsque l'inversion se produit, et à ce propos les auteurs ont beaucoup varié d'opinion quant à l'opportunité qu'il y aurait à l'extraire avant d'opérer la réduction. Baudelocque, Gardien, Capuron, Boivin et Dugès, Radford et d'autres recommandent l'extraction; mais Denman (1), Clarke (2), Burns, Carus, Newnham, Blundell, Gooch, etc., émettent une opinion diamétralement opposée. « Mais, disent Boivin et Dugès (3), on peut objecter à cette pratique : 1° que si le placenta est adhérent, son décollement sera bien plus difficile après la réduction; 2° que cette réduction est par elle-même assez difficile pour qu'on n'y apporte pas de nouveaux obstacles en ajoutant à la masse de l'utérus celle du placenta; 3° que, en procédant avec promptitude, on n'aura pas lieu de craindre que l'hémorrhagie puisse devenir mortelle. » Radford (4) dit : « La crainte de l'hémorrhagie est la raison donnée pour l'extraction du placenta après la réduction, mais d'après les observations que j'ai relevées, et d'après ma propre expérience, cette crainte est dénuée de fondement. » Dans aucun cas, la séparation complète du placenta n'a amené ce redoutable effet. Les vaisseaux de l'utérus, dans l'inversion, sont aussi bien oblitérés dans ces conditions que si l'utérus était dans sa situation normale alors que le placenta est tout à fait détaché. L'hémorrhagie se produit alors comme dans les cas ordinaires, sous l'influence d'une rupture ou d'une séparation partielle du placenta. Comme le plus grand dommage peut résulter de l'insuccès des premières tentatives, il est indispensable d'écarter tout obstacle pouvant s'opposer à la rapidité de l'opération. La présence du placenta doit augmenter les difficultés puisqu'elle empêchera l'opérateur de saisir convenablement l'utérus et de le comprimer suffisamment. On aura grand avantage à enlever le placenta, car le volume de la partie est diminué d'autant, puis l'opérateur pourra plus facilement le diminuer encore, et enfin, il jugera avec plus de certitude des changements effectués.

D'un autre côté, Denman dit : « Le seul point pratique qui me paraisse devoir soulever un doute dans l'esprit du médecin, c'est l'adhérence du placenta. En pareil cas, je crois que, si le placenta est partiellement détaché, il serait convenable d'en terminer la séparation avant de faire des tentatives de réduction, mais si le placenta était adhérent dans toute son étendue, il vaudrait mieux réduire la tumeur utérine avant de procéder à l'extraction du délivre. La raison de cette manière de voir est que, pendant qu'on cherche à enlever le placenta,

(1) Denman, in Merriman, *Synopsis in difficult parturition*. 4<sup>e</sup> édition. London, 1826, p. 158.

(2) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 152.

(3) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 236.

(4) Radford, *Dublin Journal*, novembre 1837.

l'orifice se contracte avec énergie, et les difficultés de l'opération augmentent considérablement, ce qui, pour la malade, entraînera plus d'inconvénients que la rétention du placenta (1). » Si l'inversion est très récente, dit Carus, et que le placenta soit adhérent, il vaudra mieux réduire l'utérus avant d'en séparer le placenta; mais s'il est en partie détaché, il sera plus utile de le séparer complètement avant de faire la réduction de l'utérus (2). Siebold (3) conseille de ne pas détacher le placenta, si la réduction est possible sans cela, sinon il faut l'enlever aussitôt. Newnham, à ce sujet, parle en ces termes : « Plusieurs hommes des plus autorisés ont conseillé d'extraire préalablement le placenta afin de diminuer le volume de la partie déplacée et en faciliter la réduction. Mais il est impossible que ce procédé soit avantageux pendant que l'irritation de l'organe tend à exciter de ces efforts d'expulsion qui sont un obstacle réel à la réduction, et à produire une hémorrhagie alors que chaque goutte de sang est d'une importance extrême. » En outre, la réduction en masse et un traitement approprié aux cas de rétention de l'arrière-faix, serviront à provoquer de ces contractions utérines régulières qui sont l'espoir du médecin et le salut de la patiente.

On peut mettre en doute que l'extraction du placenta offre aucun danger sérieux, car bien souvent il a été impossible de réduire l'utérus à cause du volume ajouté par la présence du placenta (4). En pareil cas, *on ne doit pas hésiter à extraire le délivre*, et nous ne connaissons pas de faits où cette pratique ait été désastreuse.

Quand on peut craindre l'étranglement de la tumeur par les fibres circulaires du col, ou bien si cette constriction constitue seulement un obstacle à la réduction, on a conseillé de diviser cet anneau au moyen du bistouri. Il va sans dire qu'on videra préalablement la vessie et le rectum, à moins que l'inversion ne se soit produite sous nos yeux. A ce moment l'opération demande si peu de temps qu'on peut remettre le cathétérisme, et la constipation pendant vingt-quatre heures sera plutôt un avantage. Si la tumeur utérine et les parties voisines sont gonflées, si la malade a un peu de fièvre, il peut être nécessaire de faire des fomentations locales avant de faire la réduction.

II. *Inversion à forme chronique*. — Si la lésion date de plusieurs jours, faudra-t-il renoncer à l'espoir de la guérir? Certes non. Il y a des observations où la réduction est dite avoir été tentée et faite avec succès après des semaines, des mois et même des années, et l'état de la patiente, dans ces conditions, est si misérable qu'on ne doit laisser

(1) Denman, *Midwifery*, p. 422.

(2) Carus, *Lehrbuch der Gynæcologie*, vol. II, p. 423.

(3) Siebold, *Handbuch der Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1826, vol. III, p. 375.

(4) Brown, *Annals of med.*, 1791, vol. II, p. 277.

de côté aucun moyen de la soulager. Dans le cas de Löffler, il s'était écoulé six ou sept heures depuis l'accident; dix-sept dans celui de White; vingt-quatre, dans celui de Winter; vingt-sept dans celui de Dickinson; trois jours, dans le cas de Cawley; sept, dans celui de Radford (Observ. vi); huit, dans celui de Ingleby (1), de Chopart et d'Ané (2); dix ou douze, dans celui de Lauerjat (3); treize, dans celui de Hoin (4); seize, dans celui de Meldenthal; douze semaines dans une observation de Belcome (5), et seize mois et demi dans un fait cité, en 1847, par Valentin (de Vitry-le-François) (6). Barrier (7) a réussi à réduire une inversion après quinze mois, sous l'influence du chloroforme. G. Canney (8) a eu le même succès après cinq mois. Ayre, avec l'aide du même moyen, a été aussi heureux après treize heures, ce qui nous porte à croire à l'efficacité des anesthésiques dans ces conditions. William G. Kemps a réussi à réduire une inversion datant de cinq ans (9).

Dans une observation de Abbie C. Tyler (10) la réduction fut obtenue après une durée de neuf ans.

Tyler Smith (11) a réussi dans une circonstance où l'inversion était produite depuis onze ans. M. Rockendahl (12) et M. White (de Buffalo) (13) ont obtenu le même succès l'un dans un cas d'inversion utérine qui remontait à six années, l'autre à quinze ans.

La réduction de l'inversion chronique s'obtient par des moyens divers, que nous allons successivement passer en revue.

Deux groupes de moyens sont employés: dans un premier la réduction est opérée lentement; dans le second, au contraire, elle est obtenue rapidement.

Avant de pratiquer la réduction, il est bon, quel que soit le moyen au-

(1) Ingleby, *Fatsc and cases*, etc., p. 227.

(2) Ané, in Dailliez, p. 86.

(3) Lauerjat, *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*. Paris, 1788.

(4) Hoin, in Sabatier, *Mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin (Mémoires de l'Académie de chirurgie)*. Paris, 1757, t. III, p. 376.

(5) Voyez aussi une observation dans *American Journal of medical science*, vol. XVI, p. 81.

(6) Valentin, *Réduction d'un renversement complet de la matrice datant de seize mois et demi (Revue médico-chirurg., novembre 1847, t. II, p. 290)*.

(7) Barrier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, avril 1852, t. XVII, p. 614.

(8) Canney, *Medical Times and Gazette*, 18 septembre 1852, p. 287.

(9) Kemp, *Chronic inversion of the uterus of five years duration operation (Obstet. J., janvier 1875, p. 63)*.

(10) Tyler, *Reduction of an inversion of the uterus of eleven years duration (American, J. of obstetrics, juillet 1878, p. 572)*.

(11) Tyler Smith, *A case of complete inversion of the uterus of nearly twelve years duration successfully treated (Med. chir. Trans., t. XLI, p. 183; Bulletin de thérapeutique, t. LVI, p. 201)*.

(12) Rockendahl, *Deutsche Klinik*, 1860, *Bulletin de thérapeutique*, 1860, LIX, p. 238.

(13) White, *Report on inversion of the uterus*, by Dr Quackenbusch (*Trans. of med. of State of New-York*, 1859, p. 170).

quel on va avoir recours, de faire subir à l'utérus un traitement préparatoire destiné à ramollir le tissu et à relâcher le col; on administrera quelques bains tièdes, on fera des fomentations émollientes et l'on enduira pendant quelques jours la tumeur d'une pommade bella-donnée. Pour faciliter le passage du corps utérin à travers le col, il sera nécessaire de pratiquer quelques incisions superficielles à direction longitudinale sur la surface du col. Ces incisions ont été préconisées en 1773 par Millot et ensuite par Colombat, Gross, Sims, Barnes (1), William A. Wilson (2), Gaillard Thomas (3) et d'autres.

A. *Réduction lente*. — La réduction lente s'obtient en repoussant l'utérus: 1° à l'aide d'une tige surmontée d'une partie élargie, telle qu'une éponge (Siebold), le pavillon d'une stéthoscope (Hicks), ou une cupule de caoutchouc durci. La tige est maintenue par un bandage en T qui, passant au-dessous de la vulve, presse d'une façon continue sur la tige qui fait saillie en dehors de la vulve;

2° Au moyen d'une pression élastique continue que l'on obtient en se servant d'un pessaire de Gariel que l'on insuffle fortement.

Ce procédé a procuré de nombreux succès, même lorsque l'inversion datait de plusieurs années: aussi conviendra-t-il d'y recourir avant de tenter un moyen plus radical.

Le pessaire est d'abord introduit chaque jour pendant un temps variable suivant la tolérance de l'utérus. Il doit être enlevé à la moindre douleur. Dès que l'instrument est bien toléré, il doit rester en place jusqu'à ce que la réduction soit complète.

B. *Réduction rapide*. — Plusieurs procédés ont été employés:

1° *Taxis au moyen de la main*. — Dans ce procédé, on commence par vider la vessie et les intestins, puis la malade, étant couchée sur le dos, est soumise à l'influence d'un anesthésique. Le chirurgien porte alors une main bien graissée dans le vagin et saisit la tumeur qu'il repousse vers l'abdomen, l'autre main déprime l'abdomen et soutient l'utérus afin d'éviter de produire la déchirure des insertions vaginales.

2° *Procédé de Courty*. — Cette méthode consiste à introduire le médius et l'index dans le rectum et à les faire pénétrer dans la cavité formée par l'utérus inversé; pendant que ces deux doigts sont introduits dans le fond de l'utérus, les doigts de l'autre main entourent la tumeur formée par le corps de l'utérus, et le repoussent graduellement en arrière dans la direction des doigts placés dans le rectum.

3° *Procédé de White*. — Dans ce procédé on se sert d'une tige de bois, terminée d'un côté par une surface en forme de coupe, destinée à re-

(1) Barnes, *Med. chir. transactions*, vol. III, p. 179.

(2) William A. Wilson, *the Lancet*, 23 juin 1877, p. 407.

(3) G. Thomas, *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. par Lutaud, p. 386.

recevoir le fond de l'utérus, et de l'autre par un ressort que l'opérateur appuie contre sa poitrine. Le chirurgien introduit une main dans le

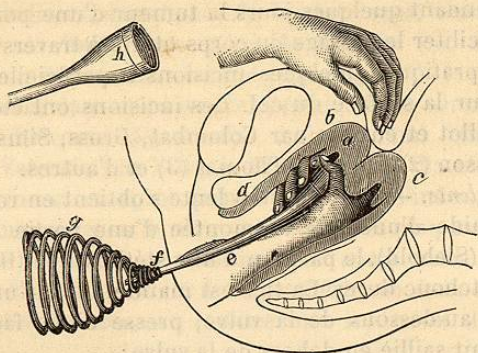


Fig. 227. — Instrument de White pour la réduction rapide de l'inversion utérine (\*).

vagin afin de diriger l'instrument, l'autre main placée sur l'abdomen sert à fixer l'utérus (fig. 227).

On ne saurait dire exactement combien de temps on peut ainsi exercer sans danger une pression continue sur le fond de l'utérus. G. Thomas est d'avis de ne pas prolonger les tentatives au delà de deux heures.

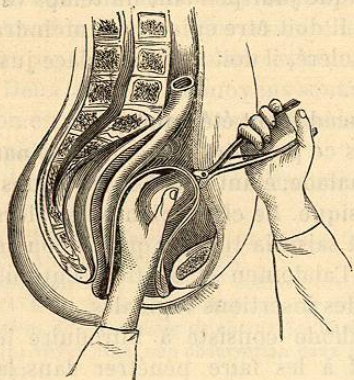


Fig. 228. — Réduction de l'utérus inversé par la dilatation du col à travers l'abdomen. (G. Thomas.)

La malade étant préalablement anesthésiée, on incise la paroi abdominale sur la ligne médiane et l'on fait repousser l'utérus en haut par un aide qui introduit la main dans l'utérus en ayant soin d'éviter l'écoulement du sang au moyen de pincettes à forcipressure. Dès que l'écoulement de sang est bien tari, on incise le péritoine et l'on introduit une main dans le vagin afin de repousser l'utérus vers la paroi abdominale, on place alors une pince dilatatrice dans l'anneau formé par l'utérus inversé. Dès que cet an-

(\*) a, b, c, utérus inversé; d, vagin; e, bras de l'opérateur; f, g, ressort; h, extrémité en forme de coupe pour recevoir le fond de l'utérus.

neau est suffisamment dilaté, la main placée dans le vagin repousse la tumeur formée par l'utérus inversé et cherche à obtenir la réduction. Dès que la réduction est faite, on fait la suture de la paroi abdominale.

Si l'on réussit à rétablir l'utérus en sa place, on devra prendre les plus grands soins pour éviter le retour de l'accident ou pour parer à la production d'un prolapsus utérin. La malade restera pendant un long temps dans la position horizontale, la tête basse, le bassin élevé et les genoux fléchis, on donnera avec avantage une petite dose d'opium, et, s'il y a grand épuisement, on en répétera l'administration en même

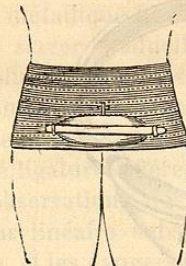


Fig. 229. — Ceinture hypogastrique à pelote d'air.

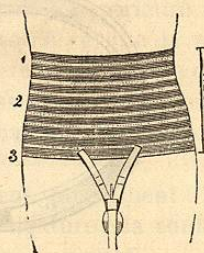


Fig. 230. — Appareil à pelote d'air pour le prolapsus.

temps qu'on donnera quelques stimulants. On a conseillé l'usage d'un pessaire pour maintenir l'utérus, mais cela sera rarement nécessaire.

Quand l'écoulement lochial aura complètement cessé, on conseillera avec avantage des injections astringentes dans le vagin, une ou deux fois par jour, s'il existe de la leucorrhée. Si l'inversion est irréductible, on verra jusqu'à quel point il sera utile de s'en tenir aux palliatifs, comme par exemple de placer la tumeur dans le vagin afin de la mettre à l'abri des chocs extérieurs, et de la soutenir par des bandages (fig. 229 et 230), comme le recommande Hamilton pour le prolapsus utérin, ou une ceinture hypogastrique (fig. 231), ou encore par un pessaire.

« Quand l'utérus ne peut être remis dans sa position normale, il faut au moins le placer dans le vagin : on doit pallier les symptômes importants, faire quelques lotions astringentes, tenir la malade au repos, veiller à l'état de la vessie, soutenir les forces, calmer l'irritation par des antispasmodiques, et soulager, s'il est nécessaire, la pesanteur quelquefois insupportable qu'éprouve la malade par un pessaire convenable. » « Un bandage à ressort est quelquefois utile (1). »

Si ces moyens n'étaient pas applicables ou manquaient leur but, on

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 143.

pourrait alors songer à l'opportunité de l'extirpation (1). Il y a de nombreux exemples qui prouvent que la vie est compatible avec la perte de l'utérus. François Rousset (2) rapporte une observation dans laquelle l'utérus fut détruit par la gangrène, et la malade se rétablit; Ruleau (3), Primerose, Radford et Cooke ont publié des cas dans lesquels il semble que l'utérus se soit gangrené sans compromettre la vie de la femme. Cela étant, il y a quelque chance, dans certaines limites pourtant, à enlever l'utérus, et à imiter par l'art les procédés que nous indique la nature. C. Clarke adhère pleinement à cette manière de voir. Il

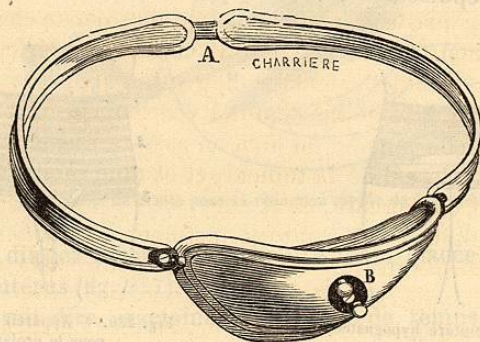


Fig. 231. — Ceinture hypogastrique (\*).

dit à ce sujet : « Dans ces cas d'inversion où la femme a passé l'âge de la menstruation, quand toute son existence est troublée par cette maladie, quand l'abondance de l'écoulement menace sa vie en la débilitant d'une façon continue, on peut conseiller une opération dont on a pu constater des succès, c'est-à-dire l'extirpation de l'utérus retourné. » L'auteur dit n'avoir aucun moyen de juger jusqu'à quel point il serait sage de recourir à cette opération pendant la période menstruelle de la vie (4). Du reste nous devons ajouter que l'opération a été pratiquée avec succès pendant cette période de la vie de la femme. Nous pouvons donc en conclure que cette opération est justifiable : 1° pourvu que la patiente soit dans un état de santé générale satisfaisant; 2° pourvu que l'utérus ne soit pas atteint de squirrhe ou de cancer. L'opération a été pratiquée avec succès par Bérenger de Carpi (5), A. Paré (6),

- (1) Voyez Max. Langenbeck, *De totius uteri extirpatione*. Gottingæ, 1842.  
 (2) Rousset, *Cæsarei partus assertio historiologica*. Paris, 1590, p. 354.  
 (3) Ruleau, *Traité de l'opération césarienne*. Paris, 1704, p. 238.  
 (4) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 149, 150.  
 (5) Berengario de Carpi, *Isagogæ in anatomiam*. Bologna, 1514. — Joannes Langius, *Epistolarum medicinalium miscellanæ*. Bâle, 1554, liv. II, ep. 39.  
 (6) A. Paré, *Œuvres*, édition J. F. Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 745.

(\*) A, courroie servant à limiter le serrage de la ceinture; B, la plaque et les deux boutons adhérents qui permettent de faire fonctionner l'appareil.

Wrisberg (1), Petit (2), Sclevogt, Vater, Laumonier, Bouchet (de Lyon) (3), Boudol (4), Desault, Dumas (de Montpellier) (5), Alex. Hunter (de Dumbarton) (6), Th. Chevalier (7) et Johnson (1822) (8), Hamilton, Clarke (de Dublin), Windsor (1809) (9), Davis, Hull, Blundell (10), Moss (11), Lasserre (12), Williams (13), Newnham (14), Higgins Bower, Gredding (15), Bloxam (16), Deroubaix (17), Harrisson (18), M'Clintock (2 cas) (19). Il a été publié d'autres observations moins heureuses (20). Sur 50 cas relevés par West (de Londres), deux fois l'opération fut abandonnée, 36 fois elle fut suivie de succès, et 12 fois les malades moururent, c'est-à-dire qu'il y eut une mort sur quatre opérées.

L'opération consiste à mettre un lien de soie, de chanvre, ou une ligature métallique (un fil d'argent), à la partie supérieure de la tumeur, à serrer graduellement ce lien jusqu'à ce que la malade ne puisse plus endurer la douleur, puis à y revenir jusqu'à ce que la tumeur tombe d'elle-même; ou bien on passera une double ligature à travers le centre du col de la tumeur, et chaque moitié sera comprise dans une ligature différente.

Les observations de M'Clintock justifient pleinement l'usage de l'écraseur linéaire substitué à celui d'une ligature; la souffrance est moindre, et les dangers consécutifs sont moins graves.

Il va sans dire que le chloroforme sera employé pendant cette opération. Si l'inversion est causée par un polype ou compliquée d'une tumeur de cette nature, il sera nécessaire d'enlever les deux (21), et l'on

- (1) H. Wrisberg, *De uteri resectione*. Gottingæ, 1787.  
 (2) Petit, *Journal général de médecine*, t. V.  
 (3) Bouchet, in Martin, *Mémoires de médecine et de chirurgie sur plusieurs accidents qui peuvent compliquer la grossesse*. Lyon, 1835.  
 (4) Boudol, *Journ. gén.*, t. V, p. 153.  
 (5) Dumas, in Vieussens, *Nouveau traité des liqueurs*. Toulouse, 1715, t. II, p. 379.  
 (6) Hunter (de Dumbarton), *Duncan's Annals of med.*, 1800, t. IV, p. 866.  
 (7) Chevalier, in Merriman, *Synopsis of the various Kinds of difficult parturition*. London, 1820, p. 286.  
 (8) Johnson, *Dublin Hosp. Report*, t. III, p. 479 et 483, et Houston, *Catalogue*, p. 509.  
 (9) Windsor, *Some observations on inversion of the uterus* (*Medico-chir. Trans.* London, 1819, vol. X, p. 358).  
 (10) Blundell, *Diseases of women*, p. 144.  
 (11) Moss, *British and foreign medical Review*, avril 1837, p. 561.  
 (12) Lasserre, *Encyclopédie des sciences méd.*, vol. XXXVI, p. 179; *Arch. gén. de méd.*, 1835, 2<sup>e</sup> série, t. VIII, p. 395.  
 (13) Williams, *Lancet*, 27 juillet 1839. — Voyez aussi *Medico-chir. Review*, octobre 1830. — *Siebold's Journal*, t. V, p. 406.  
 (14) Newnham, *Essay on inversion*. London, 1818.  
 (15) Gredding, *Gazette des hôpitaux*, 25 septembre 1855.  
 (16) Bloxam, *Gazette médicale*, 1837, t. V, p. 122.  
 (17) Deroubaix, *Union médicale*, 27 avril 1852.  
 (18) Harrisson, *Med. Gazette*, avril 1840.  
 (19) M'Clintock, *Clinical memoirs on diseases of women*. Dublin, 1863, p. 85, 87.  
 (20) Voyez Deleurye, in Dailliez, p. 104. — Boyer, t. X, p. 510. — Sabatier, *Médecine opératoire*, t. I, p. 385. — Wolff, *Journal von Græfe und Walther*, t. VII, p. 482.  
 (21) Jourdan, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1818, vol. XXIII, p. 290, art. HYSTÉROPTOSE.

aura soin d'exciser le polype avant d'appliquer une ligature sur le corps de l'utérus.

Nous devons encore signaler l'amputation *au moyen d'un fil élastique*. Ce procédé a été préconisé récemment par le professeur Courty comme exposant à moins de dangers que les autres procédés de ligature (1).

M. Courty procède de la façon suivante : il commence par abaisser l'utérus au-dessous de la vulve à l'aide d'une pince de Museux, puis il applique sur l'organe un tube de caoutchouc de petit calibre qu'il serre modérément et qu'il fixe dans ce degré de tension en embrassant les deux chefs dans une ligature de fil ciré fortement serrée.

La ligature appliquée, il refoule la tumeur dans le vagin et laisse la malade au lit.

Le lendemain la tumeur est abaissée de nouveau et la ligature est resserrée.

S'il survient de la douleur, on pratique des injections sous-cutanées de morphine. L'on administre toutes les heures une pilule d'extrait thébaïque de 1 centigramme.

On fait aussi des injections détersives dans le vagin trois à quatre fois par jour.

Vers le huitième jour on administre de quatre en quatre heures une cuillerée à café d'huile de ricin pour débarrasser l'intestin et l'on recommande à la malade de ne pas faire d'efforts de défécation.

La tumeur tombe en général du douzième au quatorzième jour.

### SECTION III

#### MALADIES DES TROMPES DE FALLOPE

Les trompes de Fallope sont sujettes aux mêmes altérations morbides que l'utérus et les ovaires (2). En raison de leur voisinage avec ceux-ci et de la continuité de leur tissu avec celui de l'utérus (fig. 232), elles participent plus ou moins des maladies qui atteignent ces organes, surtout dans les formes aiguës :

1° Elles peuvent s'enflammer, et par conséquent elles peuvent aussi s'abcéder ou se gangrener;

2° Elles peuvent devenir squirrheuses, ou dans toute leur longueur, ou du moins dans l'un de leurs bouts;

(1) Courty, *Deux observations d'ablation de l'utérus inversé par la ligature* (*Annales de Gynécologie*, sept. 1876, p. 161).

(2) Davis, *Obstetric medicine*, vol. II, p. 760. — Dewees, *Diseases of females*, p. 257. — Manning, *On diseases of women*, p. 286.

3° Elles peuvent devenir hydropiques par un amas de sérosité qui remplit leur cavité, et qui la dilate outre mesure, de quoi l'on a plusieurs observations;

4° Il peut arriver que l'œuf fécondé s'y arrête et s'y attache, et que le fœtus qui y est contenu y croisse jusqu'à ce qu'il déchire la trompe et fasse mourir sa mère. Ces sortes de grossesses des trompes ne sont pas rares;

5° Il peut se former des tumeurs enkystées dans les trompes comme

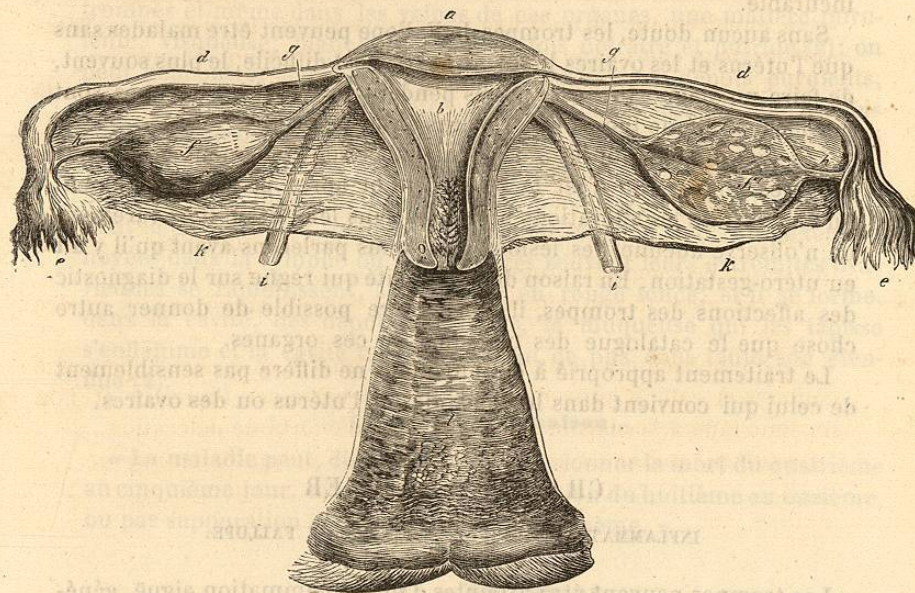


Fig. 232. — Utérus ouvert en avant avec ses annexes (\*).

dans les autres parties. Il peut d'ailleurs s'y former des espèces d'abcès;

6° On a souvent observé que les bords frangés du pavillon de l'une des trompes étaient attachés à l'ovaire, contre lequel la trompe se trouvait collée, ce qui la rendait incapable de recevoir les œufs fé-

(\*) La trompe gauche est ouverte; l'ovaire du même côté est divisé pour montrer les ovules; le vagin est aussi divisé en avant. — *a*, fond de l'utérus; *b*, cavité du corps de l'utérus; *c*, cavité du col; *o*, col; *l*, vagin. — La matrice est maintenue dans sa position: 1° par les *ligaments larges* (*k, k*), expansions membranées résultant de l'adossement de deux feuillets du péritoine, et s'étendant des bords de cet organe aux côtés du petit bassin; dans la division du ligament large, dite *aileron moyen*, se trouvent comprises les trompes (*d, d*), ayant une extrémité libre et frangée qui est le pavillon (*e, e*), et creusée d'un conduit qui arrive à l'angle de la cavité utérine. Un petit filament (*h, h*) s'étend du pavillon à l'extrémité externe de l'ovaire. Celui-ci est embrassé dans le repli du ligament large appelé *aileron postérieur* (*f* le représente avec sa forme, et *f'* le montre fendu pour faire voir les vésicules de Graaf). De son extrémité interne part le *ligament de l'ovaire* (*g, g*), fibreux et musculaire, qui s'attache à l'angle correspondant de l'utérus, au-dessous et un peu en arrière de la trompe. Dans l'*aileron antérieur* du ligament large se voient les *cordons suspubiens* ou *ligaments ronds* (*i, i*); 2° par les ligaments antérieurs; 3° par les ligaments postérieurs. (Ch. ROBIN, *Dictionnaire de Médecine*, 14<sup>e</sup> édition. Paris, 1878, p. 1669, art. Utérus.)