

SECTION II.

DU RENVERSEMENT DE L'UTÉRUS.

Les anciens paraissent avoir connu le renversement de l'utérus. Cependant il faut arriver à Ambroise Paré avant de rencontrer une indication précise de cette affection, qui n'a été bien décrite pour la première fois que par les auteurs du XVIII^e siècle.

Dailliez (1) résume les travaux de ses devanciers, et il ajoute quatre observations nouvelles aux faits déjà nombreux publiés par Mauriceau, Saviard, Leblanc, Puzos, Leroux (de Dijon), Levret, Sabatier, Baudelocque, etc.

Depuis cette époque, les médecins qui s'occupent d'accouchements, et d'autres encore, ont fait connaître un certain nombre de cas nouveaux que M. Dessaint a pris soin de rassembler dans sa thèse (1854), où l'on trouve un exposé assez complet de l'état actuel de nos connaissances sur cette question de pathologie utérine. Scanzoni a consacré quelques pages à l'histoire de cette affection.

Définition. — Le renversement de l'utérus, désigné quelquefois sous les noms d'*inversion*, d'*introversion*, constitue un déplacement tel, que cet organe est retourné à la manière d'un doigt de gant ou d'un sac, d'où résulte la formation d'une dépression ou d'une cavité à concavité supérieure plus ou moins profonde, tapissée par le péritoine, qui se continue avec la portion revêtant le reste de la cavité abdominale, et contenant en partie les trompes, les ovaires entraînés par leurs points d'insertion, et refoulés en même temps par la compression médiate des anses intestinales qui s'y précipitent.

Espèces et variétés. — Établissons d'abord que l'utérus à l'état normal ne peut subir de renversement : la petitesse de sa cavité, la rigidité et l'épaisseur de ses parois s'y opposent d'une manière absolue. Pour qu'une telle lésion se produise, il faut

(1) Dailliez, *Précis des leçons de Baudelocque sur le renversement de la matrice*, in-8, 1805.

qu'il survienne des modifications préalables qui la rendent possible. Ainsi on doit observer au moins une dilatation de la cavité et le ramollissement des parois utérines. C'est à l'étiologie qu'appartient l'énumération des causes susceptibles d'amener ces modifications de forme et de consistance.

Pour caractériser les différents états anatomiques qui peuvent se présenter, nous devons surtout tenir compte du degré de l'*introversion*. Delpech, à l'exemple de Sauvages, en décrit quatre principaux.

Dans le *premier degré*, l'utérus ne présente qu'une simple dépression en haut, « comme est le cul d'une fiole de verre, » suivant l'expression de Mauriceau. Le fond, affaissé dans la cavité du corps, n'est pas encore descendu jusque dans la cavité du col. Les trompes et les ovaires sont légèrement attirés vers la ligne médiane sans être engagés dans la dépression.

Le *deuxième degré* se rapporte au renversement incomplet : le fond du corps, arrivé dans la cavité du col, ne dépasse pas son orifice vaginal ; l'ensemble de l'organe est globuleux, on le prendrait pour une tumeur solide de forme arrondie.

Dans le renversement complet, *troisième degré* de Delpech, l'utérus est tout à fait retourné sur lui-même, moins le museau de tanche qui forme un bourrelet circulaire autour du reste du col invaginé. Le fond renversé de la matrice offre l'aspect d'une tumeur rougeâtre pendant en cul-de-lampe dans le vagin (Leroux, *Observ. sur les pertes*, p. 60).

Dans un *quatrième et dernier degré*, la poche utérine entraîne avec elle la partie supérieure des parois vaginales et vient faire saillie hors de la vulve. L'entonnoir que l'utérus forme du côté de la cavité abdominale peut contenir, non-seulement des anses de l'intestin grêle remplies ou non de matières fécales, mais une partie de la vessie et du rectum (Levret).

Lésions concomitantes. — De ces lésions, les unes ont précédé le renversement ; les autres, au contraire, n'en sont que la conséquence.

Parmi les premières, nous signalerons un certain nombre de

productions organiques faisant corps avec l'utérus et se trouvant à sa face supérieure; ce sont spécialement : 1° les tumeurs fibreuses; 2° les polypes; 3° les tumeurs diverses des parois utérines; 4° l'arrière-faix plus ou moins altéré quand le renversement s'est produit après un accouchement.

Les secondes, plus importantes, sont la conséquence de l'altération du tissu ou de la surface de l'utérus devenue interne. On peut trouver : 1° une congestion générale plus ou moins considérable de l'utérus, qui amène une tuméfaction notable de l'organe; 2° un état phlegmasique chronique du tissu; 3° quelquefois un étranglement de la tumeur fait trouver la partie renversée profondément altérée par la gangrène; 4° une modification de la membrane muqueuse, qui peut être très variable. Tantôt elle se borne à se dessécher, à devenir dure, rugueuse, et à se couvrir d'un épithélium pavimenteux; tantôt la surface de la muqueuse utérine irritée par le contact de l'air et des urines, par le frottement des cuisses ou d'autres causes encore, peut subir des altérations plus graves. Ainsi on y trouve des inflammations catarrhales de la muqueuse, des granulations, des ulcérations plus ou moins profondes; quelquefois il existe une sérosité mucoso-purulente plus ou moins abondante, résultat de ces lésions. 5° Les adhérences de l'utérus aux parties voisines sont des lésions que l'on observe fréquemment, et compliquant d'une manière fâcheuse la maladie qui nous occupe. Ces adhérences peuvent s'établir entre l'utérus et les organes qui s'y sont précipités, tels que les intestins, la vessie et même le rectum; elles présentent un inconvénient très sérieux, celui d'empêcher la réduction de l'utérus.

M. Velpeau a présenté à l'Académie de médecine, en 1843, l'observation d'une femme chez laquelle un polype volumineux avait provoqué le renversement de l'utérus. L'ablation du polype fut pratiquée; mais après l'opération, des adhérences s'opposèrent à la réduction de la matrice, et il survint consécutivement une péritonite mortelle.

ARTICLE I. — Étiologie du renversement de l'utérus.

D'après les altérations révélées par l'anatomie pathologique, il est difficile de concevoir le mécanisme du renversement de l'utérus en dehors des circonstances de l'accouchement et de la traction continue que détermine cet acte, ou bien en l'absence d'une tumeur quelconque insérée au fond de la matrice. Cependant Boyer a vu une fois le renversement se produire chez une femme d'un embonpoint excessif, en l'absence de toute maladie utérine et du phénomène de la gestation.

Baudelocque, ayant trouvé une lésion analogue chez une jeune fille, crut devoir la considérer comme un vice de conformation. On cite des cas où l'*introversion* ne s'est opérée que plusieurs jours après l'accouchement, à la suite des efforts d'une défécation pénible, de secousses répétées, de vomissements incoercibles et de violents accès de toux; mais on peut observer qu'il existait sans doute déjà un renversement incomplet, méconnu, ou bien qu'une lésion de même nature s'était produite dans un accouchement antérieur.

Un certain nombre d'autres causes peuvent mettre l'utérus à peu près dans les mêmes conditions que la grossesse ou les tumeurs implantées dans le corps de l'utérus, et amener ainsi un renversement de cet organe: telles sont l'hydropisie par accumulation de mucosités dans la cavité utérine, la rétention du sang menstruel, les tumeurs hydatiques, les hydropisies enkystées des ovaires. Rien n'est plus facile à saisir que le mode d'influence de ces causes, et d'expliquer le mécanisme du renversement de l'utérus qui peut en être la suite.

On peut dire cependant que, dans la généralité des cas, c'est à l'époque de l'accouchement que l'on observe l'*introversion* utérine; elle se produit soit au moment même de l'expulsion du fœtus, soit pendant ou après la sortie du délivre. Les circonstances qui favorisent cet accident dans le premier cas sont les suivantes: 1° La brièveté ou l'enroulement du cordon ombilical: Levret, Baudelocque en rapportent des observations.

2° L'accouchement dans la position verticale (Canale, *Journ. gén.*, t. IV, p. 40), surtout lorsque l'organe est resté dans l'inertie, et que des efforts d'une nature quelconque viennent se joindre à la pression des intestins. 3° Un accouchement laborieux (Astruc, P. Dubois) ou les contractions trop vives au moment de l'expulsion de l'enfant; l'utérus alors se renverse de la même manière que l'intestin s'invagine dans certaines coliques. 4° Les terminaisons trop brusques de l'accouchement par le forceps ou la version. 5° L'avortement d'un fœtus de plus de trois mois, développé dans l'une des trompes, fut la cause d'un cas de renversement observé par Chevreul.

Les causes efficientes du renversement qui se produit pendant ou après la sortie du délivre sont relatives à la délivrance même et à l'état général de l'utérus. Le plus souvent le fond de la matrice a cédé à des tractions violentes exercées sur le cordon ombilical, tandis que l'arrière-faix est encore adhérent. Au dire des auteurs modernes, cette cause serait moins fréquente de nos jours depuis que l'on attend les contractions utérines pour délivrer la femme, et que l'on ne se livre plus à des tiraillements intempestifs. Toutefois, d'après Sabatier, le poids seul d'un placenta volumineux suffirait pour entraîner le fond de l'organe de la gestation.

Si l'utérus tarde trop à revenir sur lui-même et reste dans un état de torpeur qui rend ses parois inertes, toute espèce d'effort peut être la cause occasionnelle d'un renversement plusieurs jours après la délivrance, surtout lorsque pareil accident a eu lieu dans une grossesse antérieure.

ARTICLE II. — Symptomatologie du renversement de l'utérus.

Douleurs. — Au moment où l'inversion se produit, la malade accuse à la région hypogastrique une douleur dont l'intensité est très variable, mais en général assez vive. Si au contraire l'inversion s'opère lentement, les malades accusent plutôt un sentiment de pesanteur ou de tiraillements; mais les souffrances

sont atroces lorsque le renversement se fait d'une manière brusque. On a cherché à déterminer quelle était la cause de ces douleurs; ainsi on a cru devoir les attribuer, soit à l'étranglement des parties renversées, soit au tiraillement des nerfs qui se rendent au fond de la matrice. Ces deux ordres de causes suffisent bien en effet pour expliquer la nature de ces douleurs.

Hémorrhagies. — Lorsqu'un renversement se développe très rapidement et peu de temps après l'accouchement, on observe presque toujours en même temps une hémorrhagie utérine assez abondante; quelquefois cette hémorrhagie peut être assez forte pour foudroyer en quelque sorte la malade. Lorsqu'il se développe de semblables accidents, la mort n'en est pas toujours la conséquence; car il se produit souvent une syncope qui peut mettre fin à l'écoulement sanguin. Si la femme résiste au début de la maladie, la douleur se calme peu à peu; mais l'organe renversé devient souvent le siège d'une exhalation sanguine presque continuelle, et plus abondante à l'époque des règles. D'autres fois il n'y a de perte de sang qu'au moment de la menstruation, qu'on a vue se continuer avec assez de régularité. Lorsque l'écoulement sanguin n'est pas continu, et qu'on le voit se montrer seulement à l'époque menstruelle, comme Hamilton l'a observé, il est souvent remplacé dans l'intervalle des époques menstruelles, soit par un écoulement leucorrhéique en général assez abondant, soit par des sécrétions pathologiques produites par les altérations qui se développent presque toujours sur la membrane muqueuse. Ces causes complexes d'affaiblissement, notamment l'afflux sanguin et les écoulements pathologiques, ne manquent pas d'amener bientôt une anémie profonde dont l'intensité est subordonnée à l'abondance de ces pertes.

La nouvelle position de l'utérus rend toujours la marche difficile, souvent même impossible. Des désordres gastriques de toutes sortes, mais principalement la dyspepsie et la constipation, viennent s'ajouter aux symptômes qui précèdent. Lorsqu'il se déclare une phlegmasie concomitante, telle qu'une cystite,

une péritonite, la fièvre s'allume, tous les accidents propres à ces inflammations se manifestent.

A côté de ces troubles divers, on constate aisément par l'inspection, la palpation et le toucher, les lésions multiples que nous avons signalées en parlant de l'anatomie pathologique du renversement.

ARTICLE III. — Diagnostic du renversement de l'utérus.

On a pu méconnaître un renversement de la matrice, surtout lorsqu'il s'était produit en dehors de l'accouchement ou de l'état de gestation. Des chirurgiens du plus grand mérite se sont trompés au point de prendre pour un polype et d'exciser comme tel le fond de l'utérus invaginé dans le col. On a vu aussi des sages-femmes fort habiles se trouver très embarrassées et se mettre en devoir d'extirper, se croyant en face d'un faux germe, à l'exemple de celle qui accouchait madame de la Barre, sur laquelle nous reviendrons à propos du traitement. Je crois néanmoins qu'il suffit d'appeler l'attention sur ces erreurs du passé pour que les mêmes fautes soient évitées à l'avenir.

Trois choses sont à considérer dans le diagnostic de cette maladie : 1° constater le renversement ; 2° établir à quel degré il appartient ; 3° reconnaître les complications.

Lorsque les parois abdominales sont souples et que l'on peut comprimer sans déterminer une trop vive douleur, on sent très bien à l'hypogastre une dépression à la place normalement occupée par l'utérus. La combinaison des différentes variétés du toucher et d'une palpation méthodique ne laisse aucun doute sur le refoulement de l'organe en dedans de lui-même. Il est toujours très important de reconnaître le degré au point de vue du pronostic et du traitement.

Premier degré. — Si le placenta n'est pas encore décollé, on sent à la palpation hypogastrique la dépression du fond de l'utérus augmenter ou diminuer à mesure que l'on tire ou que l'on abandonne le cordon ombilical. Lorsque le toucher par

l'orifice du col est possible, il permet de circonscrire une convexité vers le fond de la cavité du corps.

Deuxième degré. — L'utérus est déformé en masse ; il se présente sous l'aspect d'une tumeur arrondie avec un bourrelet saillant à la partie inférieure ; c'est le pourtour de l'orifice vaginal qui se dilate de plus en plus, et laisse pénétrer le doigt qui atteint tout de suite la convexité dont nous avons déjà parlé.

Troisième degré. — La tumeur est pyriforme au lieu d'être globuleuse ; elle est plus ou moins réductible et entièrement contenue dans le vagin. Si l'on porte le doigt vers le point d'insertion de cette masse, on trouve un étranglement d'une dureté variable au niveau de l'anneau du col.

Quatrième degré. — La tumeur rouge, molle, de plus en plus allongée, vient faire saillie en dehors de la vulve et pend quelquefois entre les cuisses. Une partie des parois vaginales ayant cédé, cette masse présente la forme de deux cônes tronqués unis par la troncature à laquelle correspond l'étranglement signalé dans le troisième degré.

Lorsque le renversement est provoqué par un polype, etc., il n'est pas toujours facile de bien délimiter ce qui appartient à l'un ou à l'autre. Si la tumeur polypeuse ou fibreuse adhère intimement à la paroi utérine, il faut, pour établir la distinction, se rattacher aux différences de couleur, de consistance, de sensibilité et de texture même. L'utérus est plus foncé, plus souple, plus sensible. Les tumeurs en général sont au contraire plus pâles, plus dures, à peine sensibles ; on le distinguera des dépendances du placenta par la texture spéciale de ce dernier.

L'absence d'orifice à la partie la plus déclive empêchera de le confondre avec le simple abaissement. Aux complications appartiennent les adhérences avec les parties voisines : un examen direct et des tentatives de refoulement permettent en général de les découvrir ; il en est de même des ulcérations, de la gangrène ; etc. Quant aux phlegmasies concomitantes, elles ont leurs signes propres ; je ne fais que les rappeler.

ARTICLE IV. — Pronostic du renversement de l'utérus.

Le pronostic est grave. Le renversement brusque et complet peut être suivi de mort subite (Barbaut, *Cours d'acc.*, t. I^{er}, p. 88). Dans la majorité des cas, fort heureusement, l'introversion est incomplète et se termine par la guérison radicale. Néanmoins les personnes ainsi guéries sont pour la plupart sous l'influence d'une prédisposition fort grande aux récidives. On cite, dans la science, des renversements complets qui n'ont pas été réduits, et ces malades, condamnées à vivre avec une telle infirmité, ont en général succombé aux progrès d'une lente débilitation ou d'un état aigu intercurrent. Les exemples de femmes qui ont pu vivre avec un renversement sans trop s'en préoccuper, comme celle dont parle Barbaut, sont très rares.

ARTICLE V. — Traitement du renversement de l'utérus.

On peut diviser le traitement en *préventif*, *palliatif* et *curatif*.

Traitement préventif. — Il suffit d'observer exactement ce qu'il convient de faire auprès d'une femme en couches, c'est-à-dire d'éviter que l'accouchement se termine dans la position verticale, de tirer trop fort sur le placenta avant le retour des contractions utérines. Plus tard on entretiendra le ventre libre, afin de prévenir des efforts violents de défécation, et l'on empêchera l'accouchée de quitter trop tôt le lit.

Traitement palliatif. — Il consiste le plus souvent à s'opposer aux progrès du mal en donnant à la malade une position convenable; à maintenir autant que possible l'organe renversé par des appareils spéciaux; à prévenir une irritation locale plus considérable, et à combattre par le repos et par les émoullients celle qui existe déjà. Les mêmes soins conviennent aux cas où le traitement curatif n'est point applicable par suite d'adhérences ou d'ancienneté de la maladie.

Traitement curatif. — Il se résume dans l'ensemble des

moyens de réduction proposés par les auteurs. Avant d'entrer dans quelques détails sur le manuel opératoire, disons que la réduction a pu se produire d'une manière spontanée à la suite d'une chute, ainsi que cela arriva à madame de la Barre et à une autre personne venue de province pour consulter Baudelocque et se faire guérir de son renversement. La veille du jour fixé pour l'opération, cette dernière malade se laissa tomber dans sa chambre, et l'utérus, renversé depuis une huitaine d'années, reprit instantanément sa disposition naturelle. Madame de la Barre se laissa choir de dessus son lit avec le même bonheur.

Malheureusement la plupart des femmes atteintes d'inversion utérine déjà ancienne ne font pas de ces heureuses chutes; il n'est pas rare de voir échouer les efforts les plus intelligents quand il s'agit d'opérer la réduction de cas de cette nature.

L'ancienneté de l'affection n'est pas la seule circonstance dont il faille tenir compte; le degré du renversement doit aussi préoccuper l'opérateur.

Lorsqu'on n'a affaire qu'à une simple dépression du fond de la matrice, les dernières contractions utérines suffisent pour ramener les parois; mais la difficulté de la réduction augmente avec chaque degré.

On ne saurait fixer jusqu'à quelle époque il convient de tenter l'opération, puisque, dans les cas que nous venons de citer, la guérison a pu se faire sans l'intervention de l'art après plusieurs années de date. En général, il faut réduire le plus près possible du moment où l'introversion s'est faite, et les règles pour le taxis des hernies sont en partie applicables. Si l'affection n'est pas tout à fait récente, il faut avant tout combattre l'état congestif ou inflammatoire par les émoullients ou les anti-phlogistiques.

Depuis la découverte des anesthésiques, le traitement curatif de cette lésion est singulièrement simplifié; car avant leur emploi les douleurs intolérables qu'éprouvent les femmes faisaient, dans beaucoup de circonstances, cesser la tentative au moment où la réduction était en voie de se terminer.

M. Barrier a lu à l'Académie de médecine (avril 1852) une observation fort intéressante de réduction, par la méthode anesthésique, d'un renversement qui remontait à quatorze mois.

Déjà, en 1847, M. Valentin, chirurgien à Vitry-le-Français, avait employé l'éthérisation avec succès pour un cas datant de seize mois.

En Angleterre, le docteur Charles West (hôpital Saint-Barthélemy, 1850) avait essayé le chloroforme sans succès pour un renversement de quatorze mois. En 1852, son collègue, le docteur G. Conney, réussit par le même moyen à réduire un renversement de cinq mois.

M. Barrier dit dans son observation, que lorsque l'anesthésie fut complète, il repoussa avec ses doigts le fond de l'utérus de bas en haut et d'avant en arrière, en prenant un point d'appui sur le sacrum, et qu'après quelques efforts soutenus, l'organe céda graduellement et reprit sa position normale. Ce procédé paraît désormais être préféré à tout autre. Il n'est, du reste, qu'une modification de la méthode que l'on suivait autrefois, et qui consistait à faire placer la femme de façon que le bassin fût plus élevé que la poitrine; puis avec la main garnie d'un linge cératé, on comprimait sans secousse et d'une manière égale sur tous les points de la tumeur externe, en la repoussant dans la direction de l'axe des détroits jusqu'à ce qu'elle eût repris sa situation naturelle. Il faut, autant que cela se peut, faire rentrer les premières les parties sorties les dernières; car on dilate ainsi préalablement les rameaux musculaires qui s'opposent à la réduction (P. Dubois, Danyau). Cette méthode, dite de Viardel, est la même que celle qui est suivie pour les vaches dans plusieurs départements (Poitou, Auvergne). M. Velpeau la considère comme la meilleure, et il fait observer que le linge enduit de cérat, en empêchant la tumeur de s'étaler, favorise la réduction.

Les doigts sont préférables aux diverses espèces de repoussoirs que l'on a proposés, parce qu'ils permettent à l'opérateur de mieux diriger les efforts nécessaires. Lorsque le placenta

tient encore à l'utérus renversé, les uns conseillent de le décoller avant de réduire, les autres sont d'un avis contraire. La première opinion est en général admise; toutefois il est prudent d'administrer en même temps le seigle ergoté, et de laisser un instant la main dans la cavité utérine pour provoquer les contractions. Si l'organe a été entraîné par un polype, il faut lier ou exciser la tumeur avant de le refouler vers le bassin.

Voici les divers moyens conseillés par les auteurs, lorsque les méthodes ordinaires ont échoué. Dervees (*Cliniq. des hôp.*, t. I^{er}), après avoir vainement essayé de réduire un renversement incomplet, s'avisait de le compléter, et la réduction fut alors facile. Baudelocque (*Bibl. méd.*, t. IV, 1828) conseille les secousses galvaniques; nous pensons qu'on pourrait y avoir recours lorsque les moyens qui précèdent n'ont pas réussi; on essaierait aussi la compression graduelle avant d'avouer son impuissance à guérir la malade.

Enfin, après que toute tentative est restée sans effet, ainsi que Leroy, Levret, Leroux, etc., en citent des exemples, que faut-il faire? S'en tiendra-t-on au traitement palliatif, ou bien proposera-t-on l'ablation d'une partie de l'utérus? Disons d'abord que le renversement n'est pas toujours incompatible avec la vie, et Barbaut parle d'une femme qui vécut longtemps sans trop souffrir de son infirmité. Cependant, dans les cas désespérés, les plus sages sont d'avis que l'amputation de la matrice pourrait être jugée nécessaire. On sera du reste autorisé à le faire par le souvenir de succès antérieurs (Bloxam, 1835), à côté desquels la science rapporte les terminaisons les plus graves (Deroubaix, *Gaz. méd.*, 1851).

SECTION III.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

L'histoire des déviations de l'utérus est un des points de la pathologie utérine qui a peut-être soulevé le plus de discussion et le plus de controverse. Depuis les nombreuses séances que