

renverser ; en effet , l'inversion peut avoir lieu non-seulement à une époque très éloignée de l'expulsion du fœtus , mais même chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants. Ainsi on a vu le renversement de la matrice être produit par la sortie instantanée d'un polype volumineux , ou par les tiraillements exercés sur cette tumeur dont le pédicule implanté au fond de l'utérus entraîne avec lui , en descendant dans le vagin , la partie de l'organe gestateur à laquelle il est fixé. *Goullard* (1), *Cullerier* (2), *Denman* (3), rapportent des cas d'inversion utérine produite par cette cause.

Cette affection peut encore avoir lieu à la suite d'une distension de la matrice , causée par une hydropisie ou du sang accumulé dans cet organe (4) dont les parois relâchées, amincies et affaiblies cèdent facilement à l'impulsion des intestins et aux contractions des muscles abdominaux , aussitôt que les corps étrangers qui les soutenaient se sont échappés brusquement de la cavité utérine. Tous ces cas peuvent jusqu'à un certain point être comparés à ceux qui ont lieu à l'époque de la déli-

(1) Mémoires de l'Acad. des sciences , 1732, et mém. de l'Acad. de chirurg. , t. III, p. 377.

(2) *Nauche*, Maladies des femmes , t. I, page 133.

(3) Plates of a polypus with an inversion of the uterus. 1801.

(4) *Leblanc* d'Orléans ; mém. de l'Acad. de chirurg. t. III , page 379.

vance ; car les parois de la matrice se trouvant à peu près dans les mêmes conditions que pendant la grossesse , sont par cela même disposées à céder à la plus légère impulsion et au plus petit effort. Toutefois *Puzzos* qui , ainsi que *Vigiaroux* , regardait l'embonpoint excessif comme pouvant déterminer le renversement de la matrice , a lu à l'Académie de chirurgie un mémoire dont il ne nous est resté qu'un extrait (1), dans lequel il rapporte plusieurs cas d'inversion observés par lui-même sur des femmes qui n'avaient jamais eu d'enfants ou qui n'avaient ressenti aucune incommodité depuis quinze ou vingt ans , époque de leur dernier accouchement. Malgré l'autorité des deux grands praticiens que nous venons de citer , nous pensons avec *Gardien* et *Désormeaux* , qu'on ne peut admettre avec *Puzzos* que les cas de renversement qu'il a fait connaître aient eu pour cause unique l'embonpoint excessif et le poids des intestins sur le fond de l'utérus se trouvant depuis long-temps dans l'état de vacuité. *Boyer* (2) cite un cas semblable observé chez une femme qui n'était pas accouchée depuis quinze ans , et dont bien certainement la matrice ne contenait pas de corps étrangers. Comme dans ce cas l'inversion n'était pas complète , et qu'il est probable qu'il en

(1) Inséré dans le Mercure de France , année 1744.

(2) Traité des maladies chirurgicales.

était de même des observations faites par *Puzzos*, nous pensons que l'affection était très ancienne et était restée ignorée pendant de longues années, parce que le fond de l'utérus étant à peine déprimé, particulièrement lors du dernier accouchement, la santé des femmes n'en avait été que très peu dérangée jusqu'à ce que le renversement qui s'était effectué d'une manière lente et graduée, fût parvenu à un degré plus complet de développement : ce qui tendrait d'ailleurs à militer en faveur de cette hypothèse, c'est que les annales de la science possèdent plusieurs observations qui prouvent que des femmes ont porté pendant de longues années des inversions utérines, même complètes, sans en être très-incommodées. Ainsi *Delamotte* (1), dit avoir connu une femme qui était affectée d'un renversement complet depuis trente ans; *Levret* (2) a trouvé sur une femme de soixante ans une tumeur énorme formée par l'utérus, le vagin retourné, les trompes, les ovaires et une portion du rectum, de la vessie et des intestins grêles. Le docteur *Daillez* (3) rapporte que *Baudelocque* a observé une inversion de la matrice sur une jeune fille de quinze ans, et il ajoute que ce déplacement ne pouvait

(1) *Delamotte*. (Observation 412).

(2) *Levret*. Observat. sur les polypes de la matrice, page 140.

(3) Précis des leçons de *Baudelocque* sur le renversement de la matrice. 1803.

pas être la suite d'un accouchement clandestin, puisque la membrane de l'hymen était encore intacte. Cette particularité paraissait si extraordinaire à *Baudelocque* qu'il la regardait comme étant le résultat d'un vice de conformation, parce qu'il ne pouvait se persuader, et en cela il avait raison, que l'organe gestateur pût se retourner sans avoir été préalablement distendu. Le baron *Dubois* a pensé que le célèbre accoucheur dont nous venons de parler, a été induit en erreur par un polype utérin. Nous qui ne croyons pas que *Baudelocque* ait pu faire une semblable méprise, quoique ce ne serait pas le premier exemple, nous trouvons qu'il est très-possible que le renversement qu'il a observé chez cette jeune fille encore vierge, ait pu s'effectuer à la suite d'une distension des parois de la matrice produite par une rétention des règles, ou l'accumulation de sérosités ou de quelque gaz qui se seraient échappés brusquement. Enfin nous pouvons encore ajouter à tous ces faits l'observation plus récente publiée par M. *Dugès* (1), qui nous fait connaître qu'une dame à qui il avait donné des soins conjointement avec MM. *Dubois* père et fils, portait depuis cinq ans un renversement de l'utérus, sans éprouver d'autres incommodités que quelques tiraillements vers les aines et les lombes, et des

(1) Traité des malad. de l'utérus, tom. I, page 245.

envies plus fréquentes d'uriner, qui cessaient toujours lorsqu'elle était couchée.

Avant de terminer ce que nous avons à dire sur les causes des inversions utérines, nous ajouterons que *Desault* et *Herbiniaux* ont proposé de produire momentanément ce genre de déplacement, en faisant des tractions sur un polype volumineux, dans le but de parvenir à lier ou à couper plus facilement le pédicule de cette tumeur; d'après *Désormeaux* (1), cette idée aurait été exécutée avec succès par ces deux habiles praticiens et par plusieurs autres opérateurs.

*Les symptômes* de l'affection qui nous occupe présentent des différences suivant le degré où elle se trouve, les circonstances dans lesquelles elle survient, et enfin suivant qu'elle s'est opérée tout-à-coup ou graduellement.

La simple dépression du fond de la matrice est ordinairement de peu de durée, c'est-à-dire qu'elle est bientôt suivie de la restitution de l'organe à son état naturel, ou du passage rapide à un autre degré de renversement. Cette légère inversion utérine, qui constitue le premier degré, se reconnaît soit aux tiraillements douloureux qu'accuse la femme lorsqu'on tire sur le cordon d'un placenta adhérent, soit à l'enfoncement en forme de *cul de bouteille* que

(1) Dictionnaire de médecine, tom. XVIII, art. renversement.

l'on sent à travers les parois abdominales en pratiquant le toucher hypogastrique; dans ce cas, il est de la plus haute importance, non-seulement de s'abstenir de toute traction sur le cordon ombilical, mais encore de recommander à la femme d'éviter toute espèce d'efforts, qui, sans avancer la délivrance, augmenteraient infailliblement l'inversion utérine. On doit alors chercher à décoller et à extraire le placenta, en introduisant une main dans la matrice, avec la précaution d'agir de la circonférence au centre et de rendre à cet organe sa forme régulière, en tenant son fond refoulé, pendant que de légères tractions faites sur le cordon avec la main restée libre achèveront la délivrance.

L'inversion au second degré présente des signes et des symptômes analogues à ceux fournis par le premier degré, et ils n'en diffèrent que parce qu'ils sont plus sensibles et les douleurs beaucoup plus vives. Lorsque le renversement aura persisté quelque temps après l'accouchement, le diagnostic deviendra fort obscur, parce que l'orifice de l'utérus entoure le sommet de la tumeur, ainsi que cela a lieu pour les polypes; quoique dans ce cas, le fond de ce viscère déprimé vienne souvent entr'ouvrir le museau de tanche, le doigt ne peut toucher qu'une concavité équivoque, autour de laquelle il n'est pas possible de pénétrer. Ce ne sera donc que la palpation suspubienne et le toucher par le rectum qui jetteront

quelque lumière. Dans le troisième degré d'inversion, le toucher rectal et hypogastrique fourniront des données beaucoup plus positives que dans le second degré; on pourra alors facilement reconnaître que l'utérus a abandonné sa situation habituelle, si surtout, comme on doit le faire toujours, on a eu la précaution de faire vider la vessie et mettre les muscles abdominaux dans le plus grand relâchement possible. La matrice se trouve alors logée dans le vagin, sous la forme d'une tumeur séparée, et comme étranglée par le museau de tanche, qui seul a échappé au renversement de l'organe. Les hémorrhagies continuelles qui épuisent la femme ont souvent fait soupçonner que la tumeur formée par l'inversion n'était autre chose qu'un polype adhérent au fond de l'utérus; on évitera facilement une semblable erreur si l'on se rappelle que le pédicule du polype est plus étroit et plus alongé que celui de la matrice renversée, qui offre une tumeur plus large en bas qu'en haut, plus ou moins réductible, et douée d'une très grande sensibilité; le polype, au contraire, est peu sensible au toucher et irréductible; il est vrai que dans l'un et l'autre cas, le museau de tanche forme une sorte d'anneau au pédicule de la tumeur, mais cet anneau est peu saillant dans le cas d'inversion utérine, et ne permet pas qu'un doigt et même une petite sonde pénètrent au-delà de trois ou quatre lignes dans le bourrelet qu'il forme; si le col embras-

sait le pédicule d'un polype, la sonde parviendrait sans peine à une très grande profondeur; d'ailleurs, lorsque la tumeur est formée par un polype, on sent le plus souvent la matrice au-dessus du pubis, surtout si la femme est maigre, à moins que par sa pesanteur la tumeur polypeuse n'ait entraîné l'organe gestateur dans la concavité duquel son pédicule serait attaché. Enfin, pour éviter de confondre une inversion utérine avec un prolapsus qui présente aussi quelques symptômes communs, tels que des tiraillements dans les aines et les lombes, etc., on se rappellera que dans le prolapsus l'anneau formé par le col n'existe point comme dans le renversement de la matrice, et que si, dans ce dernier cas, la tumeur est également piriforme, le côté rétréci se trouve en haut et le plus large en bas, tandis que le contraire a lieu dans l'hystéroptose.

La matrice renversée au quatrième degré est beaucoup plus facile à reconnaître; la tumeur qui, le plus souvent, fait saillie hors de la vulve, est ordinairement plus volumineuse, quoique en partie réductible, et se trouve toujours arrosée par un sang noirâtre, surtout dans les premiers temps de l'inversion; elle est aussi, dans ce cas, susceptible de diminuer et d'augmenter par intervalles, selon qu'elle contient des anses intestinales qui sont sujettes à se déplacer; lorsqu'elle reste en partie dans le vagin, un doigt introduit entre les parois de ce canal et la

surface de l'utérus retourné, rencontre toujours un cul-de-sac situé à une hauteur variable et précédé d'une sorte d'anneau dessiné en relief au point le plus rétréci de la tumeur; enfin, par le toucher hypogastrique, on constate que l'utérus est tout-à-fait sorti de sa place ordinaire.

En général, lorsque le renversement commence à s'opérer, c'est-à-dire lorsqu'il est encore au premier et au second degrés, il s'annonce toujours par une hémorrhagie lorsqu'il a lieu après l'accouchement, et par une augmentation de la menstruation et d'un écoulement leucorrhéique, lorsqu'il se manifeste dans toute autre circonstance. A ces symptômes se joignent des douleurs vives et des tiraillements aux aines et aux reins, et un sentiment de pesanteur dans le bassin; les mêmes symptômes se produisent à un degré plus marqué dans les deux derniers, au point que l'hémorrhagie qui, surtout au troisième degré, est souvent le principal symptôme, devient si forte qu'elle est promptement mortelle; les douleurs déchirantes et accompagnées de syncopes et de convulsions qui diminuent ordinairement quand on repousse la matrice dans le vagin, augmentent quelquefois pendant les efforts de réduction; enfin, l'inflammation et la gangrène qui s'emparent souvent de la portion renversée de l'utérus sont surtout à craindre lorsque l'organe est pendant hors de la vulve.

Le renversement de la matrice est un accident

grave qui peut bientôt devenir mortel, si on apporte le moindre retard à y remédier, et le danger est d'autant plus grand que l'inversion a eu lieu à une époque plus rapprochée de l'accouchement. Si l'on a vu des femmes fournir une longue carrière, quoique affectées d'une inversion utérine même complète, et non réduite, le plus souvent le petit nombre de celles qui survivent traînent une pénible existence, et finissent par périr épuisées par des écoulements leucorrhéiques continuels et des hémorrhagies répétées. La réduction de l'organe retourné, qui offre la seule chance de guérison à espérer, qui est en général assez facile à effectuer immédiatement après le renversement, devient de plus en plus difficile à mesure qu'on diffère, et souvent se trouve même tout à fait impossible à opérer. Cependant plusieurs exemples prouvent que la réduction a été faite avec succès après cinq jours, huit jours et même beaucoup plus tard. Le docteur *Daillez* rapporte dans sa dissertation, que le chirurgien *Labarre de Benzeville* avait effectué la réduction après huit mois, et *Baudelocque* après huit ans; *Gardien* dit, d'après ce dernier praticien, que chez la femme d'un vigneron de Ruel, la matrice a été réduite par *Ané*, le huitième jour après les couches. On a vu également le même organe renversé depuis long-temps, se réduire spontanément, à la suite d'une violente commotion imprimée par hasard au corps de la femme; d'après une lettre de *Leroux*

adressée à *Louis*, dont il est fait mention dans la thèse de *M. Dailliez*, la réduction spontanée de l'utérus aurait eu lieu deux mois après l'inversion.

*Le traitement* de l'inversion de la matrice présente, comme celui de tous les déplacements en général, deux indications principales, qui sont : de restituer l'organe dans son état normal, et d'éviter le plus possible la récurrence de l'accident.

Tous les praticiens sont d'avis que le moment le plus favorable pour opérer la réduction est celui qui succède immédiatement au renversement, qui est toujours assez facile à réduire lorsqu'il est au premier degré et qu'il a eu lieu avant la délivrance ; il suffit, dans ce cas, de porter deux doigts dans la cavité utérine en repoussant le placenta en haut, pour faire reprendre à la matrice sa forme et sa situation naturelles. Dans le cas, au contraire, où l'inversion incomplète aurait eu lieu après la délivrance, loin de chercher à pénétrer jusque sur la dépression du fond de la matrice, il faudrait se borner à exciter des contractions utérines, soit en titillant le museau de tanche et en appliquant des linges froids sur les cuisses et les parties génitales externes, soit en pratiquant des frictions stimulantes sur la région suspubienne et surtout sur le trajet des ligaments utérins. Si la délivrance n'étant pas effectuée, le placenta se trouvait encore adhérent au fond de la cavité utérine, et si l'hé-

morrhagie n'offrirait aucun danger, on attendrait, pour le détacher et en faire l'extraction, que les contractions de la matrice aient recommencé à se manifester ; cependant si le renversement était complet ou presque complet, et si surtout l'écoulement du sang était abondant, contrairement à l'opinion du docteur *Ferrand* et de la plupart des praticiens, nous n'hésiterions pas avant de tenter la réduction qui serait beaucoup plus facile lorsque l'utérus serait vide, nous n'hésiterions pas, disons-nous, à extraire le plus tôt possible le délivre, après l'avoir décollé avec la main, en agissant de la circonférence au centre, pour éviter les tiraillements sur le fond de l'organe gestateur. Dans ce cas il est important d'agir sans différer, parce que le placenta, qui n'est le plus souvent adhérent que dans quelques points de la cavité utérine, entretient plutôt l'hémorrhagie qu'il ne s'y oppose, comme on le croit généralement. Lorsque le renversement aura lieu après la sortie du placenta ou à la suite de l'expulsion d'un corps étranger, on devra au plus tôt, pour profiter de ce moment où la matrice est dans le plus grand relâchement possible, introduire dans cet organe la main droite préalablement enduite d'un corps gras, et après avoir placé la gauche sur la région suspubienne, afin d'en faire un point d'appui à l'organe gestateur, on repoussera la portion des parois internes renversée avec la main

restée dans la cavité utérine, qu'on aura le soin d'y maintenir après la réduction, jusqu'à ce que l'organe soit revenu sur lui-même, au moyen des frictions pratiquées avec la main gauche, sur les parois de la région hypogastrique. On engagera la malade à éviter toute espèce d'efforts expulsifs, à ne faire que de petits mouvements respiratoires, à modérer ses cris, à conserver la position horizontale et un repos parfait du corps et un grand calme d'esprit; après avoir continué pendant quelque temps les frictions, on maintiendra l'utérus au moyen d'une serviette pliée en plusieurs doubles et fixée avec un bandage de corps.

Il faudra à peu près suivre la même marche dans le cas de renversement complet qui aurait lieu immédiatement après l'expulsion du fœtus et de son enveloppe. La réduction s'opérera alors en plaçant la malade sur son lit, la poitrine plus basse que le bassin, et les cuisses relevées et fléchies; saisissant ensuite avec la main droite les parties les plus voisines du pédicule, c'est-à-dire celles qui sont les plus élevées et qui, par conséquent, se sont renversées les dernières, on les refoulera en les faisant rentrer les premières, puis successivement on repoussera le fond de la tumeur par les parties latérales qui devront repasser peu à peu par l'orifice utérin, en imitant ainsi la manœuvre de la réduction des hernies étranglées. On

a conseillé également un autre procédé de réduction qui est moins rationnel et surtout moins efficace; il consiste à déprimer avec la main le fond de l'utérus et à le repousser dans le globe même que forme cet organe, en avançant de cette manière jusqu'à ce que la partie refoulée, c'est-à-dire la base de la tumeur, ait franchi l'anneau formé par le museau de tanche. Si les parties étaient molles et dilatables vers le pédicule, ce procédé pourrait opérer la réduction, mais, dans le cas contraire, ce qui a toujours lieu quand le renversement n'est pas très récent, on ne ferait qu'aplatir le fond de la matrice, sans vaincre l'étranglement que forme l'orifice de cet organe. On pourrait du reste suivre un procédé mixte, c'est-à-dire faire rentrer d'abord les parties les plus voisines du pédicule, puis lorsque le fond resterait seul renversé, on le repousserait en totalité avec le bout des doigts. Avec le seul secours de ces moyens, on n'aura jamais besoin de repousseurs mécaniques, et il sera toujours inutile de déployer une grande force, et surtout de prendre un point d'appui contre un mur, ainsi que le fit un chirurgien anglais (1). Lorsqu'on aura obtenu la réduction, on laissera une main dans la cavité de l'utérus jusqu'à ce que cet organe soit revenu sur lui-même, puis on se conduira

(1) Biblioth. médicale, tom. XLVII, page 271.