

la matrice qui vient se présenter à la vulve, tandis que le museau de tanche est fortement porté en arrière; lorsque, au contraire, le bassin est étroit, l'utérus n'est pas entraîné par la tête, mais les efforts qui tendent à faire avancer cette dernière, qui alors est comme coiffée par une des parois du viscère, peuvent donner naissance à des contusions, à des distensions, et exposer l'organe gestateur à s'enflammer et même à se rompre, si l'on ne remédie pas promptement à son obliquité.

Les inclinaisons utérines qui ont lieu hors de l'état de grossesse n'exigent aucun traitement spécial, car on fait disparaître en partie les incommodités qui résultent d'une obliquité extrême, en soutenant l'abdomen au moyen d'un suspensoir; sans cette précaution la femme éprouverait, surtout vers les derniers temps de la gestation, des douleurs vives vers les aines et les lombes, et une sorte d'engourdissement du côté correspondant à la déviation.

Pour éviter la stérilité qui peut être la conséquence d'une obliquité utérine, on devra, pendant les rapprochements sexuels, faire incliner la femme du côté opposé à l'inclinaison du col, et la même précaution sera prise au moment de l'accouchement; on tâchera de ramener le fond de la matrice au centre de la cavité abdominale en soutenant et en pressant légèrement ce viscère avec

une main placée sur l'abdomen; jusqu'à ce qu'on soit parvenu à ce résultat, on engagera la femme à modérer le plus possible toute espèce d'efforts expulsifs. Si ces moyens ne suffisaient pas pour replacer le col au milieu de la cavité pelvienne, on y parviendrait le plus souvent, en introduisant deux doigts dans l'orifice, que l'on devrait maintenir dans cette situation jusqu'à ce qu'il se fût dilaté et que la poche des eaux fût bien formée. On éviterait par cette manœuvre aussi simple que facile, bien des douleurs à la femme, et par la position favorable où l'on aurait placé le col de la matrice, on faciliterait la dilatation de ce dernier, et on abrègerait de beaucoup le travail. Dans la plupart des cas de ce genre, une saignée serait indiquée, principalement lorsqu'on aurait différé d'avoir recours à la manœuvre que nous venons de faire connaître.

DU RENVÈREMENT OU INVERSION DE LA MATRICE.

Le renversement de la matrice est une affection dans laquelle cet organe se retourne complètement ou en partie sur lui-même, à la manière d'un sac ou d'un doigt de gant, de telle sorte que sa face interne, devient externe *et vice versa*.

L'inversion utérine, qui peut avoir lieu pendant l'état de vacuité ou au moment de la parturition,

présente plusieurs degrés depuis la plus légère dépression jusqu'au point où la totalité du corps, l'utérus retourné sur lui-même dépasse le museau de tanche et fait entre les cuisses une saillie plus ou moins considérable. *Daillez, Levret* et la plupart des auteurs n'ont admis que deux variétés de cette affection, qui sont : le renversement complet et le renversement incomplet. Le premier est celui dans lequel le fond de la matrice est descendu jusque vers l'orifice et se trouve même en partie dans le vagin ; le second ou *renversement complet*, indique que l'organe utérin est entièrement retourné sur lui-même dans la cavité du vagin ou hors de la vulve.

Leroux de Dijon a établi trois degrés d'inversion : 1° la simple dépression qui a lieu lorsque la matrice n'est qu'un peu déprimée en dedans, *comme le cul d'une fiole de verre*, selon l'expression de *Mauriceau* ; 2° le renversement incomplet ; 3° le renversement complet dont nous avons parlé plus haut, qui semble avoir été indiqué par *Hippocrate* lorsqu'il a dit : *Si pudendo exciderint uteri, dependent velut scrotum*.

Enfin, *Sauvages*, qui, ainsi que nous, classe le renversement de la matrice dans les lésions de situation, et qui en fait une espèce du genre *hysteroptosis*, le professeur *Delpech* (1), le *D^r. Ferrand*,

(1) Précis des Malad. réputées chirur. III, page 576.

dans son excellente thèse (1), Madame *BOIVIN* et *M. DUGES* (2), reconnaissent à cette affection quatre degrés principaux, qui offrent des données distinctes, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui du pronostic et du traitement. Ces quatre degrés peuvent rester stationnaires, de même qu'ils peuvent suivre une marche progressive et augmenter graduellement ou instantanément d'intensité. Dans le premier degré, il y a simple dépression du fond de l'utérus ; dans le deuxième, le fond retourné vient entr'ouvrir le museau de tanche ; dans le troisième, l'organe renversé est logé dans le vagin, mais l'orifice vaginal de la matrice n'a pas participé à l'inversion ; enfin dans le quatrième degré, qui est le plus rare de tous, l'utérus totalement renversé, fait entre les cuisses une saillie plus ou moins considérable et présente une tumeur qui peut encore être augmentée par les ligaments utérins et par les portions d'intestins qui viennent se loger dans la cavité nouvelle produite par le déplacement de l'organe gestateur. Le mécanisme de l'inversion utérine est facile à comprendre : le fond de l'organe, qui est entraîné par une cause quelconque, se déprime d'abord en dedans, et devient convexe de concave qu'il était. La

(1) Du renversement de la matrice, dissert. inaug., Paris, 1828, n° 278.

(2) Traité prat. des Mal. de l'utérus. tome I, page 224, 1833.

dépression augmente insensiblement, et en passant plus ou moins vite par les différents degrés d'inversion, à mesure que la face interne de l'utérus s'abaisse et se renverse, elle entraîne avec elle les ligaments larges, les cordons suspubiens, les ovaires et les trompes qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, viennent occuper la place qui est restée libre dans le bassin. Comme dans les premiers instants qui suivent l'accouchement, l'utérus se trouve dans les conditions les plus favorables pour que l'inversion puisse s'effectuer, c'est à cette époque que le déplacement s'opère le plus fréquemment, parce qu'il ne peut avoir lieu qu'à la suite d'une distension des parois de la matrice, déterminée par le produit de la conception ou par la présence d'un polype, d'une môle, et par l'accumulation de sérosité ou de sang dans la cavité de cet organe.

Les causes les plus fréquentes de l'inversion de l'utérus après l'accouchement, sont : 1° les tentatives de délivrance exercées immédiatement après la sortie de l'enfant et avant que l'utérus soit revenu sur lui-même ; 2° les tractions trop fortes opérées sur le placenta encore adhérent au fond de la matrice, et la pression des intestins agissant en sens inverse sur la face externe et supérieure du corps du même organe ; 3° les efforts prolongés auxquels se livrent quelques femmes à l'ins-

tant même de l'expulsion du fœtus, dans l'intention d'obtenir une plus prompte délivrance ; 4° l'arrachement du placenta opéré spontanément, d'une manière violente, ce qui a lieu surtout lorsque les femmes accouchent debout, circonstance qui détermine souvent la sortie brusque et simultanée de tous les produits de la conception, principalement lorsque le cordon ombilical est très court ou se trouve contourné sur le cou ou sur toute autre partie du corps de l'enfant ; si dans ce cas le placenta était adhérent et ne se décolait pas, ou si le cordon ne se rompait pas de lui-même, l'inversion serait presque inévitable.

Le renversement de la matrice n'est pas toujours la suite d'une conduite peu rationnelle de l'accoucheur ou des circonstances fâcheuses dans lesquelles s'est trouvée la femme pendant la parturition. Il est quelques cas rares, à la vérité, qu'il est impossible de prévoir, où l'inversion utérine a lieu pour ainsi dire spontanément et sans qu'aucune puissance extérieure ait exercé des tractions sur la face interne des parois de l'organe.

Les femmes qui sont les plus exposées à ces sortes de renversements qu'on peut appeler *spontanés* sont celles dont la matrice est distendue par une grande quantité d'eau, au dernier moment du travail, celles qui accouchent presque sans douleur et d'un seul effort, celles dont l'enfant