

Dans un cas de Harvey, on proposa d'extirper l'utérus : je préférerais de beaucoup l'avortement à l'ablation de l'utérus (1).

CHAPITRE XIII

INVERSION DE L'UTÉRUS

L'inversion de l'utérus diffère essentiellement du prolapsus, car outre la dépression qu'on observe dans l'un et l'autre cas, dans l'inversion l'utérus est complètement retourné. Le fond de l'utérus traverse l'orifice de l'organe qui forme une cavité tapissée par le péritoine, ouverte du côté de l'abdomen, et contenant les ovaires et les trompes de Fallope. La muqueuse utérine forme alors le tégument extérieur de la tumeur.

§ I. — Variétés.

Le degré d'inversion peut être très-variable, celle-ci peut être partielle ou complète. William Newnham, qui a publié une excellente monogra-

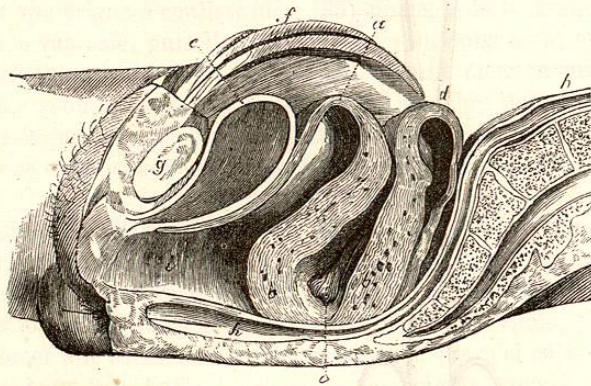


Fig. 186. — Inversion partielle de l'utérus (*).

phie sur ce sujet (2), a décrit trois degrés : 1° la simple dépression ; 2° l'inversion partielle ; 3° l'inversion complète.

1° Pour le premier degré, la *simple dépression*, l'auteur s'exprime

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 43.

(2) W. Newnham, *An Essay on the symptoms, and treatment of inversio uteri*, etc. London, 1818, p. 2, 3. J'ai grand plaisir à reconnaître ce que je dois à cet excellent traité.

(*) a, partie antérieure de l'utérus ; bb, portion de l'utérus refoulé dans le vagin ; c, cavité formée par la face externe de la base de l'utérus renversé ; d, portion postérieure de l'utérus ; e, vessie ; f, couche musculaire de la paroi antérieure de l'abdomen ; g, symphyse du pubis ; h, intestin rectum. (VIDAL (de Cassis), d'après HORTELOUP.)

ainsi : « Le fond de l'utérus est déprimé dans sa cavité, mais ne forme pas tumeur dans le vagin, l'existence de cette lésion ne peut être constatée que par le toucher en même temps que l'on constate l'état de l'utérus à travers les parois abdominales. En agissant ainsi, on trouvera le fond de l'utérus plus rapproché de l'orifice, et l'on constatera extérieurement une dépression correspondant au lieu de cette rétraction régulière que connaît tout praticien expérimenté. Cet état de choses est généralement accompagné par un sentiment de contraction expulsive qui souvent finit par rendre l'inversion complète. Il va sans dire qu'un changement aussi

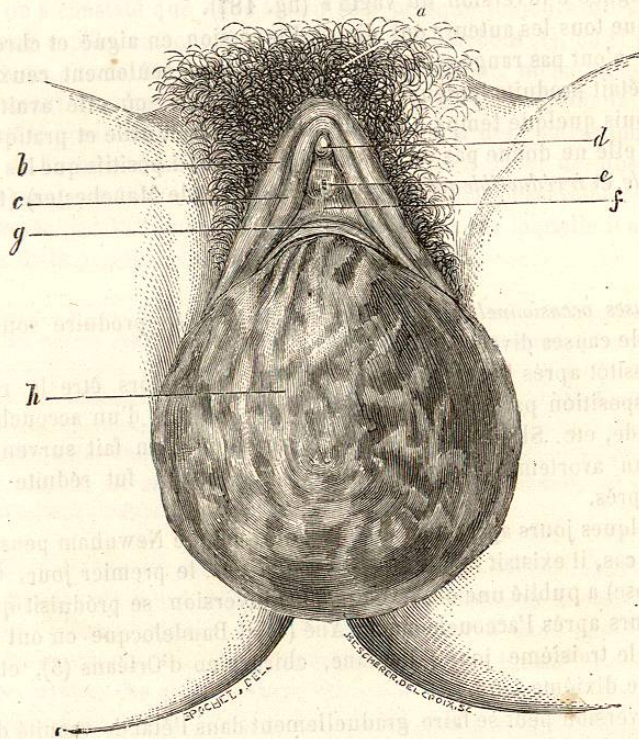


Fig. 187. — Inversion complète de l'utérus, occasionnée par l'extraction précipitée du placenta (*).

léger n'est appréciable à travers les parois abdominales qu'après l'accouchement. Chez une femme non accouchée, ce mode d'exploration ne donnerait que des renseignements négatifs.

« 2° Quand l'*inversion est partielle*, continue Newnham, le fond de l'utérus descend jusque dans le vagin (fig. 186), formant une tumeur volumineuse de forme demi-sphérique, et entourée exactement par les bords

(*) a, mont de Vénus ; b, les grandes lèvres de la vulve ; c, les petites lèvres ou nymphes ; d, le clitoris ; e, le méat urinaire ; f, le bord externe antérieur du vagin ; g, le bord antérieur de l'orifice externe de l'utérus ; h, la face interne de la matrice devenue externe. (BOIVIN et DUCÈS, *Atlas*, pl. XII, fig. 1).

de l'orifice. Dans ce cas, la dépression du fond observée à travers les parois abdominales sera très-marquée, et l'on ne sentira que les bords de la cavité qui en résulte.

« 3° Dans l'inversion complète, non-seulement l'utérus remplira le vagin, mais encore il fera saillie au dehors; ressemblant, pour sa forme, à l'utérus aussitôt après l'accouchement, seulement l'orifice est tourné vers l'abdomen. On peut sentir l'orifice utérin à l'extrémité supérieure de la tumeur formant une sorte d'épaississement circulaire, etc., on ne trouve plus l'utérus dans la région hypogastrique. Cette lésion est généralement accompagnée d'inversion du vagin » (fig. 187).

Presque tous les auteurs ont divisé l'inversion en aiguë et chronique. Ceux-ci n'ont pas rangé parmi les cas chroniques seulement ceux où la lésion s'était produite lentement, mais encore ceux où elle avait existé déjà depuis quelque temps. Cette division me paraît utile et pratique. Cependant elle ne donne pas de renseignements aussi positifs que les termes *réductible* et *irréductible* qu'a proposés Radford (de Manchester) (1).

§ II. — Causes.

I. *Causes occasionnelles.* — L'inversion peut se produire sous l'influence de causes diverses.

1° Aussitôt après l'accouchement (2), elle peut alors être le résultat d'une disposition particulière des fibres utérines ou d'un accouchement trop rapide, etc. Skae (3) a publié l'observation d'un fait survenu à la suite d'un avortement à quatre mois. L'inversion fut réduite douze heures après.

2° Quelques jours après l'accouchement, quoique Newnham pense que, dans ces cas, il existait déjà une dépression dès le premier jour. Cowan (de Melrose) a publié une observation où l'inversion se produisit quatre-vingts jours après l'accouchement; Ané (4) et Baudelocque en ont vu se produire le troisième jour; Leblanc, chirurgien d'Orléans (5), et Tealier (6), le dixième jour.

3° L'inversion peut se faire graduellement dans l'état de vacuité de l'utérus par suite de l'insertion d'un polype au fond de l'organe (7). Capuron (8) et Newnham mettent ces faits en doute. Cependant on en a cité

(1) Radford, *Dublin Journal*, septembre et novembre 1837, t. XII.

(2) Williams, *Lancet*, juillet 1839.

(3) Skae, *Edinburgh med. Journal*, mai 1849, p. 773.

(4) Ané, *Journal général*, t. II, p. 27.

(5) Leblanc, in Sabatier, *Mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin* (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.* Paris, 1757, t. III, p. 379).

(6) Tealier, *Journal universel des sciences médicales*, t. XXXII, p. 220.

(7) Jourdan, *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1818, vol. XXIII, p. 289, art. HYSTÉROPTOSE. — Higgins, *Edinburgh monthly Journal*, juillet 1840.

(8) Capuron, *Traité des maladies des femmes*, Paris, 1812, p. 495.

des exemples (1). M'Clintock en a rapporté un, et j'en ai constaté un moi-même sur l'origine duquel on pouvait se tromper. Nous pouvons cependant être induit en erreur, et supposer que l'inversion s'est produite lentement parce qu'elle est restée longtemps méconnue. Levret mentionne un cas survenu après l'accouchement, et qui ne fut reconnu que cinq ans plus tard.

II. *Causes déterminantes.* — Les auteurs énumèrent un grand nombre de causes. Quelques-unes sont réelles, les autres me paraissent toutes de fantaisie. Presque toutes les causes de l'inversion agissent mécaniquement; on a constaté que cette lésion suit presque toujours un accouchement trop rapide, surtout si la femme accouche debout (1), ou si elle a fait de violents efforts. Elle peut survenir spontanément, même lorsque l'accouchement s'est terminé naturellement; dans ces conditions on en a attribué la production à l'atonie de l'utérus ou à des contractions irrégulières de l'organe dont une partie reste inerte. A la fin des observations de Denman, sur l'inversion, Waller (2) ajoute une observation qui lui a été donnée par Williams de Guidford-street, et par laquelle il a été convaincu de la possibilité de l'inversion spontanée.

OBSERVATION I. — Williams assistait une dame dans un quatrième accouchement. Le bassin était ample; l'enfant fut rapidement expulsé. Le cordon fut lié, l'enfant séparé. Aussitôt après il y eut une longue contraction expulsive qui, suivant Williams, devait avoir détaché et chassé le placenta. En examinant la patiente, il constata une énorme tumeur faisant saillie hors du vagin, et qui n'était autre chose que l'utérus retourné sur lui-même à l'état d'inversion. L'organe, en même temps que le placenta, fut réduit, et les choses marchèrent favorablement.

Radfort a rapporté une observation d'inversion utérine spontanée, qui fut accompagnée d'une dépression subite des forces au moment de la réduction. L'auteur ajoute: « Je ferai remarquer d'abord que l'inversion avait été spontanée, car je n'avais même pas encore touché au cordon lorsqu'elle survint. En outre, comme il n'y eut pas d'hémorrhagie et que la rétroimpulsion du fond de l'utérus fut faite en quelques secondes, il me paraît très-difficile de se rendre compte de cette dépression subite des forces. Il me paraît plus probable que la douleur utérine, la diminution subite du volume, la consistance ferme de l'organe et la rapidité dans l'apparition de l'accident sont bien plutôt expliqués par une excitation et une contractilité exagérées que par un état de relâchement des fibres du corps et du fond de l'utérus. Mais il n'en est pas de même de l'orifice; au contraire, celui-ci est souple et cède facilement puisqu'il n'a offert aucune résistance à la descente de la tumeur dont l'apparition a été très-rapide. »

(1) Voyez Velpeau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 15 février 1843.

(2) Waller in Denman, *Midwifery*, p. 244, note.

De ce que nous venons de dire, nous pouvons conclure qu'un accouchement rapide, qu'il soit naturel ou artificiel, que toutes les conditions qui tendront à produire des contractions irrégulières de l'utérus, sont autant de causes de l'inversion utérine (1). Nauche (2) considère que l'inertie de l'utérus ajoutée à un effort de l'accouchée, ou à des tractions intempestives sur le cordon, sont les causes les plus communes. Capuron (3) énumère parmi les causes prédisposantes « le développement de l'utérus, la dilatation de son orifice, l'atonie ou la flaccidité de ses parois. Les causes occasionnelles peuvent être la pesanteur des parois utérines, surtout lorsque le placenta y est encore attaché; les contractions simultanées du diaphragme et des muscles abdominaux, lorsque la femme se livre à des efforts violents et répétés pour expulser le fœtus ou le délivre, surtout lorsqu'elle se tient debout pour cette opération; les tractions immodérées sur le cordon; le tiraillement exercé par un polype utérin sur le lieu où le polype est fixé. »

Henkel attribue cet accident à la violence des douleurs postpuerpérales. Meissner (4) à une prédisposition individuelle due à la laxité des fibres. Siebold dit que l'atonie de l'utérus jointe à un bassin large, et l'expulsion trop rapide du contenu peut exposer la patiente à l'inversion utérine (5).

Boivin et Dugès (6) énumèrent parmi les principales causes de cet accident la flaccidité et la mollesse des parois utérines; l'inertie de l'utérus, surtout si, en même temps qu'elle existe, on exerce des tractions sur le cordon; l'irrégularité des contractions utérines; la saillie trop prononcée de l'angle sacro-vertébral, enfin la présence de polypes utérins.

Tyler Smith regarde l'inversion utérine comme produite le plus souvent par les contractions actives et irrégulières de l'utérus, celles-ci causent d'abord une dépression du fond de l'organe, et peu à peu elle s'accroît par des contractions annulaires des fibres utérines, et enfin l'utérus est complètement retourné. Il est très-probable que les efforts exagérés faits dans le but de détacher le placenta peuvent être suivis d'inversion de l'utérus ou bien, comme l'observe Denman (7), il y a quelque raison de penser que l'utérus s'est retourné sur lui-même, quand, par suite d'une hémorrhagie ou de toute autre cause urgente, la main a été introduite dans l'utérus inerte, et que le placenta a été attiré au dehors avant

(1) Radford, *Dublin Journal*, septembre et novembre 1837, t. XII.

(2) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 131. — Voyez aussi Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. II, p. 376.

(3) J. Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 494.

(4) Meissner, *Die Dislocationen der Gebärmutter und der Mutterscheide*. Leipzig, 1821.

(5) Siebold, *Handbuch der Frauenzimmerkrankheiten*, vol. III, p. 365.

(6) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies des femmes*. Paris, 1833, t. I, p. 223.

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

que l'organe ait repris sa contractilité. Des tractions sur le cordon, dans le but d'extraire le placenta, ont quelquefois causé cet accident, mais cette cause est loin d'être commune. La brièveté naturelle du cordon ou l'enroulement autour du cou de l'enfant a été regardé comme pouvant déterminer l'inversion utérine, mais je ne sache pas que ce mécanisme de l'inversion ait été souvent observé. On a vu des accouchements se terminer sans qu'il survint aucun désordre du côté de l'utérus, alors que le cordon mesurait seulement huit pouces, et il faut avouer que l'on ne trouve pas souvent des cordons aussi courts. La pratique qu'adoptent certains accoucheurs de faire des tractions sur le cordon pour opérer la délivrance aussitôt le fœtus expulsé, et avant que l'utérus ne soit rétracté, est, suivant Radford, une cause fréquente d'inversion. Mais nous savons que cet accident survient alors même qu'on n'a fait aucune traction sur le cordon (1). Dans l'observation qu'il a publiée, la descente de l'organe fut si rapide à travers l'orifice externe que celui-ci ne put résister à la contraction énergique qui chassait l'organe. On a vu cet accident se produire alors même que, la femme accouchant d'un enfant mort, le cordon était dans un tel état de putréfaction qu'il se brisait sous le moindre effort. On a trouvé quelquefois l'utérus retourné sur lui-même avant que le cordon n'eût été coupé. Ruysch (2) rapporte une observation d'inversion utérine, dans un cas où il venait d'extraire un enfant mort, etc. Quelques auteurs ont pensé qu'un cordon trop court était une cause d'inversion utérine; d'autres, pensent que pour agir dans ce sens, l'insertion du cordon doit correspondre au centre du placenta et que celui-ci doit être fixé au fond de l'utérus. Il est évident que, si la brièveté du cordon peut produire un accident aussi sérieux, cette particularité ne fera qu'ajouter à cette prédisposition fâcheuse. Mais parmi les observations d'inversion utérine publiées, il n'en est qu'une où la brièveté du cordon soit signalée (3). L'inversion est fréquemment survenue alors que le cordon avait sa longueur normale. Souvent, au contraire, rien de pareil ne s'est produit, le cordon étant exceptionnellement court (4). Le cordon a été quelquefois rompu sans que l'inversion s'en soit suivie (5). Quant à la brièveté du cordon due à l'enroulement autour du cou du fœtus, je ne crois pas qu'elle puisse causer l'inversion, d'autant plus que ce phénomène n'a lieu que lorsque

(1) Radford, *Dublin Journal*, sept. et nov. 1837. — Albers, *Duncan's Annals of med.*, vol. V, p. 390. — Windsor, *Some observations on inversion of the uterus (Med. chir. Trans. London, 1819, vol. X, p. 395)*. — Dickinson, *Med. Gaz.*, n° 372. — Dewees, *Cases*. — Smith, *Med. and phys. Journal*, vol. VI, p. 503. — Brown, *Mem. of London med. Soc.*, vol. V, p. 202. — Welsh, *Med. and phys. Journ.*, vol. V, p. 451.

(2) Ruysch, *Observ. anatomico-chirurgicarum cent.*, obs. 10. Amstelodami, 1691, p. 16.

(3) King, *Glasgow Journal*, vol. I, p. 17.

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

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

le cordon est plus long que de coutume, et il est rare que cet enroulement réduise la longueur du cordon au-dessous 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, 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.

J'ai observé un fait de cette nature à l'hôpital de Jervis-street, 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 (1), un autre a été rapporté par Oldham, un autre par Higgins qui enleva, avec succès,

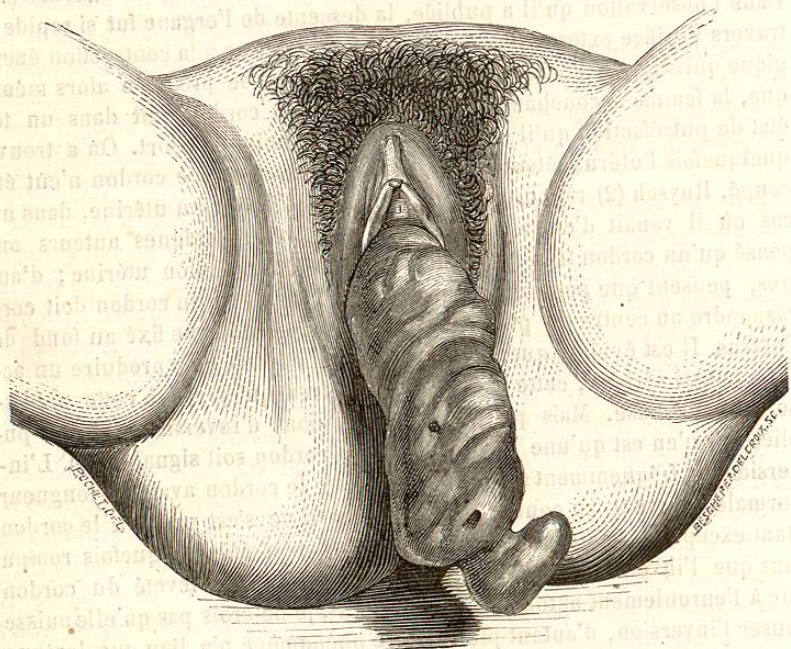


Fig. 188. — Inversion de l'utérus. (M'CLINTOCK.)

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 (2).

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

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

Une opération semblable, suivie du même succès, a été faite par M'Clintock (1), à l'obligeance duquel je dois la figure 188.

§ 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 voie 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 je crois 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 (2). 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 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 répropulsion n'est pas faite aussitôt, très-peu de temps après l'organe ne pourrait être replacé dans sa situation normale (3). »

Dans beaucoup de cas il n'y a pas d'hémorrhagie du tout, suivant Brown (4), White (5), Albers (6), E. Chapman (7), Hamilton (8), Radford;

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

(2) Newnham, *Essay on inversion*. London, 1818, p. 86.

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

(4) Brown, *Annals of medicine*, 1691, vol. II, p. 278.

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

(6) Albers, *Duncan's Annals of Med.*, vol. V, p. 392.

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

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