

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,

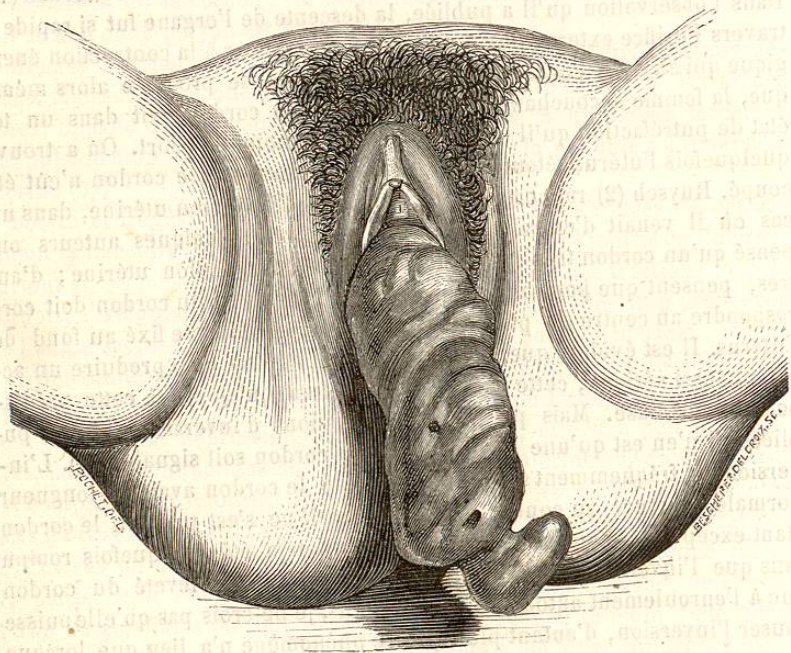


Fig. 188. — Inversion de l'utérus. (M'CLINTOCK.)

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.

ou bien l'hémorrhagie n'est pas en rapport avec l'inversion, suivant Newnham, Daillieux (1), Burns (2), mais il survient un collapsus complet et des symptômes nerveux. Ces auteurs affirment que dans ces cas on n'a pas moins de peine à ranimer les malades que dans ceux où il existe une hémorrhagie. Il y a généralement une violente contraction utérine immédiatement avant l'inversion ou pendant qu'elle se produit; généralement alors la patiente se figure qu'elle met au monde un second enfant, et cette opinion est encore confirmée par la pression qu'exerce l'utérus renversé en traversant le pelvis. Souvent même, après un examen, le médecin peut confondre cette tumeur avec le sommet d'un autre fœtus. La malade accuse de violentes douleurs avec une sensation de tiraillements dans les reins, et quelquefois elle se plaint de rétention d'urine. Si l'on applique la main, sur le ventre on ne rencontre pas l'utérus rétracté, et c'est là un des meilleurs signes de cet accident. Quand l'inversion n'est pas complète, on peut quelquefois sentir l'utérus au-dessus des pubis, mais il présente alors à son sommet une dépression très-marquée. Si l'on examine la femme par le toucher vaginal, on trouvera une tumeur située dans la cavité pelvienne, soit dans le vagin ou pendant hors du vagin. Cette tumeur est globuleuse, élastique, douloureuse, elle présente une surface inégale et saignante, elle est plus large à la partie inférieure qu'à la partie supérieure où elle est étranglée par l'orifice utérin; si la tumeur n'est pas réductible, il arrive quelquefois qu'elle s'enflamme, se gangrène, et dans ce cas la mort est la conséquence ordinaire (3). Si le placenta n'a pas été expulsé avant que l'inversion ait eu lieu, on le trouve fixé sur une partie de la tumeur et en augmentant considérablement le volume. On observera une très-grande différence dans les dimensions de la tumeur suivant qu'elle sera complète ou non, suivant qu'elle aura été produite depuis un temps plus ou moins long. « Dans le quatrième degré, *inversion complète*, qui est le plus rare de tous, il est ordinaire, disent Boivin et Dugès (4), que la tumeur formée par l'utérus ait plus de volume que ce viscère n'en doit pas avoir même aussitôt après un accouchement à terme; c'est qu'alors il est effectivement distendu par des portions d'intestins qui se sont logées, avec les trompes et les ovaires, dans la cavité nouvelle que l'accident a produite. On en connaît plusieurs exemples authentiques, dont le plus ancien est de Stalpart Van der Wiel (5). Les intestins furent mis à nu, après la mort de la femme, par l'incision de la tumeur pendante entre les cuisses. Baudelocque a observé quelque chose de sem-

(1) Daillieux, *Précis des leçons de Baudelocque sur le renversement de la matrice*. Paris, 1803 ou 1805.

(2) Burns, *The principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 551.

(3) Astruc, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1778. — Manning, *On diseases of females*, p. 285.

(4) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 222.

(5) Stalpart Van der Wiel, *Observations rares d'anatomie et de médecine*, trad. par Planque. Paris, 1780, t. I, p. 227.

blable. On peut voir dans Ruysch la figure d'une pareille tumeur, dont le volume offre près de 6 pouces de diamètre en tous sens. Une observation détaillée de Levret nous apprend que le sac formé ainsi par la matrice et le vagin retournés était rempli par une portion du rectum, de la vessie et des intestins grêles, les trompes, les ovaires, chez une femme de soixante-dix ans (1). »

Si l'inversion est complète, l'examen direct par la vue nous donnera de plus amples renseignements. La tumeur offre une coloration rouge, si la production en est récente; mais bientôt elle prend une teinte brun foncé. Elle est ordinairement volumineuse, molle, en partie réductible, d'une couleur rouge-brun, humide, au moins dans la première période, plus pâle quelquefois. Elle se dessèche après un certain temps; elle augmente ou diminue par intervalles, surtout quand elle renferme des portions d'intestin. Le doigt, porté entre les parois vaginales et la surface externe de la tumeur, rencontre, à une hauteur variable, un cul-de-sac et une bande circulaire faisant saillie autour de la partie supérieure de la tumeur. Lorsque l'inversion existe à un degré moindre, la tumeur moins volumineuse, cachée dans le vagin, peut être vue avec le spéculum. La surface en est lisse, humide, d'une couleur rouge foncé et souvent couverte d'ecchymoses. Si l'inversion est récente, on peut voir du sang exhalé par l'ouverture béante des sinus utérins, mais on ne trouvera pas l'orifice utérin, et ce signe suffira pour distinguer l'inversion utérine du prolapsus. Si la lésion est incomplète, on pourra la constater dans le vagin, et cependant, s'il n'y a qu'une simple dépression, il pourra se faire qu'on ne l'atteigne pas par cette voie.

Les symptômes que je viens d'énumérer sont les principaux qu'on observe dans l'inversion utérine aiguë.

II. *Inversion chronique*. — Les symptômes qui caractérisent la forme chronique, qu'elle soit la conséquence de la forme aiguë ou qu'elle se soit produite graduellement, sont bien moins formidables. La malade est sujette à des hémorrhagies irrégulières et, dans l'intervalle de ces hémorrhagies, à un écoulement muqueux très-abondant. Chaque mois, la surface est couverte de gouttelettes rouges, qui ne sont autre chose que les règles. La malade se plaint de douleur, d'une sensation de pesanteur dans le bassin et de tiraillements dans les reins. Si l'utérus fait saillie hors des organes génitaux externes, la sensibilité de cet organe diminue notablement, à cause de la formation d'une sorte d'épiderme à la surface de la muqueuse. Si l'utérus est exposé à quelque choc, ou qu'il s'accumule à sa surface des sécrétions âcres, il peut survenir une inflammation circonscrite ou des ulcérations, tantôt superficielles, tantôt profondes, qui ne sont pas sans danger pour la malade, si l'on n'y remédie promptement.

(1) Levret, *Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice*. Paris, 1759, p. 140.

L'état général souffre beaucoup de cet état de choses. Quand la malade est sortie de l'état d'épuisement ou de dépression nerveuse qui suit immédiatement l'accident, les hémorrhagies et l'écoulement muqueux qui surviennent ensuite rendent la femme pâle et comme exsangue, et l'exposent à des accidents consécutifs, tels que la syncope, des suffusions séreuses, la fièvre hectique, etc.

§ IV. — Terminaisons.

La patiente peut mourir d'épuisement ou d'hémorrhagie aussitôt après l'accident, suivant Barbaut (1), Amand (2), Delmas (3), Heister (4), Peu (5), Levret, Gifford, John Windsor (6), Clarke, Denman, Boivin et Dugès. Elle peut succomber aux conséquences plus tardives des hémorrhagies répétées, suivant Mauriceau (7), Haighton (8), Cooper (9), Windsor. Des cas mortels ont été publiés par Peu (10), P. Portal (11), Stalpart Van der Wiel (12), Millot (13), Chapman (14), Saviard (15), Heister (16), Smellie (17), Mauriceau (18). Boivin et Dugès (19) ajoutent que « la mort immédiate ou presque immédiate, c'est-à-dire survenant peu de jours après la production de l'accident, peut dépendre encore des douleurs, des convulsions, des syncopes, causées par la violence même qu'a subie l'utérus, surtout si des mains ignorantes l'ont tirailé, lacéré, le prenant pour un polype ou pour une môle. » On voit quelquefois survenir la distension et l'inflammation de la vessie, qui ajoutent encore aux dangers de la si-

(1) Barbaut, *Cours d'accouchements*. Paris, 1775, t. I, p. 88.

(2) Amand, *Nouv. observ. sur la pratique*, obs. 52, p. 214; *Bibliothèque de Planque*. Paris, 1748, t. I.

(3) Delmas, in Ferrand, thèse. Paris, 1828, n° 250.

(4) Heister, *Surgery*, vol. II, p. 559.

(5) Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1694, p. 585-587.

(6) Windsor, *Some observ. on inversion of the uterus* (*Med. chir. Transactions*. London, 1819, t. X, p. 358).

(7) Mauriceau, *Des maladies des femmes grosses et accouchées, avec la méthode de les aider dans leurs accouchements*. Paris, 1694, vol. II.

(8) Haighton, *M. S. Lectures*.

(9) Cooper, *Surgical dictionary*, art. INVERSION OF THE UTERUS.

(10) Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1694.

(11) Paul Portal, *La pratique des accouchements soutenue par un grand nombre d'observations*. Paris, 1685, Obs. 76.

(12) Van der Wiel, *Observ. rar. d'anat. et de médecine*. Paris, 1780, cent. 10, obs. 67.

(13) Millot, *Supplément à tous les traités sur les accouchements*. 2^e édit. Paris, 1809.

(14) Chapman, *Essay on the improvement of midwifery*, case 29.

(15) Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Paris, 1702, obs. 15 et 36.

(16) Heister, *Medico-chirurg. and anat. cases and Observations*. London, 1755, case 369.

(17) Smellie, *Midwifery*, vol. V, case 3, p. 444. — *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*. Paris, 1771, t. III.

(18) Mauriceau, *Obs.* 355, 398, 685.

(19) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 233.

tuation (1). L'utérus retourné sur lui-même peut être étranglé et frappé de gangrène, et quoique alors le péril soit des plus grands, on a cependant vu des faits analogues se terminer favorablement (2). Ou bien encore si la malade ne succombe pas au premier choc, et si la tumeur n'est pas frappée de gangrène, celle-ci peut, après un certain temps, diminuer de volume, et la malade souffrira comparativement peu. Denman (3) cite l'exemple d'une femme qui vint le consulter pour une inversion de l'utérus, vingt ans avant sa mort; et Delamotte parle d'une femme chez qui, trente ans avant qu'elle ne vint le voir, l'inversion était complète. Il est très-rare que la tumeur utérine, saillante entre les grandes lèvres, ait été atteinte de lésion organique, cancer ou ulcération.

§ V. — Diagnostic.

La facilité du diagnostic dépendra beaucoup du degré de l'inversion; lorsqu'elle est incomplète, le diagnostic est très-difficile; souvent même, quand elle est complète, il demandera beaucoup de soins et d'attention; il sera plus facile, si l'examen est fait aussitôt après la production de l'accident.

L'inversion utérine sera distinguée:

I. *Avec le polype de l'utérus* parce que, dans un cas d'inversion complète, l'orifice n'entourera pas le sommet de la tumeur. En outre, il sera impossible, quand l'inversion sera partielle, de passer le doigt autour du col de la tumeur, entre celle-ci et le bord de l'orifice.

La forme de la tumeur est encore un élément utile du diagnostic, le polype est large à sa base; il est inséré par un pédicule étroit, tandis que l'utérus retourné est plus large vers le sommet qu'à la partie inférieure. La tumeur formée par le polype est insensible; il n'en est pas ainsi dans l'autre cas. Dans l'inversion, la tumeur est relativement fixe: elle est mobile, si c'est un polype. La surface utérine, dans l'inversion, est inégale et fongueuse; celle du polype est lisse et comme polie.

Enfin, on interrogera les antécédents de la malade.

Mais il est évident que ces moyens de diagnostic ne sont pas infaillibles, si l'on en juge d'après les opinions contradictoires de divers auteurs; il faut considérer aussi que les premières et les secondes indications sont surtout applicables à des faits très-récents d'inversion ou à ces cas dans lesquels une inversion partielle s'est produite, mais n'a pas entraîné le fond de l'utérus dans une grande étendue à travers l'orifice. Dans les conditions que nous venons de signaler, il est évident que la tumeur est plus étroite à son sommet qu'à sa base, que le doigt pénètre dans l'orifice et

(1) Burns, *The principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 552.

(2) Ryan's *Journal*, 12 mars 1836.

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

peut en parcourir toute l'étendue en contournant la tumeur. Enfin, il est bien difficile de distinguer la sensibilité obscure de la tumeur de celle des organes voisins. Le degré de fixité de la tumeur, dans l'une ou l'autre maladie, dépendra complètement du volume de la tumeur, de la dimension de son pédicule, de son point d'insertion. La longueur de temps qui se sera écoulé depuis le moment où l'inversion a eu lieu, et d'autres circonstances pourront faire que tantôt la tumeur sera inégale et fongueuse, ou lisse et polie. En dernier lieu, les mêmes phénomènes peuvent avoir accompagné l'une ou l'autre de ces maladies au début. Ajoutons à cela encore que, très-fréquemment, ces deux affections ont été prises l'une pour l'autre (1). Quoique Newnham (2) ait réussi à indiquer l'infidélité des moyens de diagnostic et nous ait montré toute la réserve qu'il faut apporter dans nos conclusions, il ne nous a pas montré cependant que la réunion, la coïncidence de tous ces signes, ne soit pas concluante, et il ne nous a pas prouvé que nos efforts soient toujours infructueux. Les témoignages suivants seront une preuve que je ne suis pas seul de cet avis.

Baillie (3) dit que, lorsque l'inversion est complète, on peut s'en assurer par l'examen de la tumeur.

Haigton (4) établit surtout son diagnostic sur l'historique de la maladie et sur le degré de sensibilité de la tumeur.

C. M. Clarke (5) s'exprime de la façon suivante : « Après examen, on trouve une tumeur située dans le vagin ou pendant entre les grandes lèvres. Celle-ci peut être prise pour un polype; mais, dans ce dernier cas, l'orifice utérin entoure la tumeur. Dans l'inversion, l'orifice fait partie de la tumeur elle-même; l'utérus retourné est sensible. Les tumeurs polypiformes, au contraire, sont dépourvues de toute sensibilité. » — « Pour distinguer l'inversion utérine d'un polype, dit Blundell (6), il faut se rappeler que le polype est toujours insensible, et qu'on provoquera toujours une douleur très-vive en serrant un lien autour d'un utérus en état d'inversion, et cette douleur sera surtout très-intense deux ou trois heures après la constriction faite. On observe aussi quelquefois une disposition à vomir. »

Nauche (7) fonde le diagnostic de l'inversion utérine sur les symptômes suivants : absence de l'utérus dans la situation normale, sensibilité de la tumeur, dont le plus grand diamètre est à la partie supérieure, réductibilité de la tumeur.

(1) [Voyez, dans une observation rapportée par M. A. Petit (*Actes de la Société de santé de Lyon*, 1798, t. III, p. 101), un renversement chronique de l'utérus pris pour un polype.]

(2) Newnham, *Essay*. London, 1818, p. 51.

(3) Baillie, *Morbid anatomy*, p. 191.

(4) Haigton, *M. S. Lectures*, 1809, cité par Newnham, p. 76.

(5) Clarke, *Diseases of females*, p. 151.

(6) Blundell, *Diseases of women*, p. 141.

(7) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 131.

Capuron (1), après avoir établi que cette lésion peut être confondue avec le prolapsus utérin ou un polype, ajoute qu'on doit formuler son diagnostic d'après la forme et la sensibilité de la tumeur, d'après la présence du col utérin à la partie supérieure de la tumeur formée par l'utérus retourné. D'après la brièveté du col, qui, dans les cas de polypes, est long et mince, Siebold (2) donne comme d'excellents éléments d'un bon diagnostic le temps depuis lequel la lésion s'est produite, l'absence de l'utérus, qui n'est plus senti à travers les parois abdominales, la forme de la tumeur et de son pédicule, etc. Il recommande toutefois les plus grandes précautions pour ne pas confondre cette tumeur avec un polype.

D'après Boivin et Dugès (3), la tumeur présente « une surface lisse, humide, d'un rouge foncé, et est souvent parsemée d'ecchymoses. Quand l'accident est récent, on peut même y reconnaître les orifices des sinus utérins donnant passage à du sang; mais on n'y rencontre rien qui ressemble au museau de tanche. Le toucher apprend également qu'il n'occupe point le bas de la tumeur, ce qui la distingue bien nettement d'une matrice en prolapsus. Ce qui l'en distingue mieux encore, c'est la hauteur à laquelle le doigt peut remonter entre elle et le vagin; il arrive, ainsi, lorsque de l'autre main on déprime l'hypogastre, jusqu'au museau de tanche, représentant un anneau qui couronne le fond du vagin et embrasse, sans lui adhérer, le pédicule de la tumeur; en effet, le doigt peut passer entre l'anneau et le pédicule, mais il est bientôt arrêté par un cul-de-sac circulaire. Cette dernière circonstance peut servir à faire distinguer l'introversion et le polype; car, si celui-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.

[[M. Guéniot (4) a indiqué alors l'acupuncture comme moyen de diagnostic. La sensibilité est nulle et le degré de consistance considérable 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 forma-

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 501.

(2) A. E. von Siebold, *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1826, vol. III, p. 361, 362, 363.

(3) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 201.

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

tion, 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 et de l'orifice utérin à la partie inférieure.

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

Je dois 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 (1).

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 (2), et même lorsque l'inversion était complète; mais de pareils 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, et il me 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. [Le professeur Depaul a proposé un instrument de son invention, dans le cas où la main offrirait un volume trop considérable.] Burns (3) 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

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

(2) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 504-509. — Cleghorn, *Medical communications*, t. II, p. 226.

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

fond de l'utérus dans la direction de l'axe de cet organe de façon à faire une inversion en sens opposé. Radford (1) 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 trouverons 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 à 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 aussi 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.

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 (2), Clarke (3), Burns, Carus, Newnham, Blundell, Gooch, etc., émettent une opinion diamétralement opposée. « Mais, disent Boivin et Dugès (4), 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

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

(2) Denman, in Merriman, *Synopsis in difficult parturition*. 4^e édition. London, 1826, p. 158.

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

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