

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.

procédant avec promptitude, on n'aura pas lieu de craindre que l'hémorrhagie puisse devenir mortelle. » Radford (1) dit : « La crainte de l'hémorrhagie est la raison donnée pour l'extraction du placenta après la réduction, mais d'après les observations que j'ai relevées, et d'après ma propre expérience, cette crainte est dénuée de fondement. » Dans aucun cas, la séparation complète du placenta n'a amené ce redoutable effet. Les vaisseaux de l'utérus, dans l'inversion, sont aussi bien oblitérés dans ces conditions que si l'utérus était dans sa situation normale alors que le placenta est tout à fait détaché. L'hémorrhagie se produit alors comme dans les cas ordinaires, sous l'influence d'une rupture ou d'une séparation partielle du placenta. Comme le plus grand dommage peut résulter de l'insuccès des premières tentatives, il est indispensable d'écarter tout obstacle pouvant s'opposer à la rapidité de l'opération. La présence du placenta doit augmenter les difficultés puisqu'il empêchera l'opérateur de saisir convenablement l'utérus et de le comprimer suffisamment. On aura grand avantage à enlever le placenta, car le volume de la partie est diminué d'autant, puis l'opérateur pourra plus facilement le diminuer encore, et enfin, il jugera avec plus de certitude des changements effectués.

D'un autre côté, Denman dit : « Le seul point pratique qui me paraisse devoir soulever un doute dans l'esprit du médecin, c'est l'adhérence du placenta. En pareil cas, je crois que, si le placenta est partiellement détaché, il serait convenable d'en terminer la séparation avant de faire des tentatives de réduction, mais si le placenta était adhérent dans toute son étendue, il vaudrait mieux réduire la tumeur utérine avant de procéder à l'extraction du délivre. La raison de cette manière de voir est que, pendant qu'on cherche à enlever le placenta, l'orifice se contracte avec énergie, et les difficultés de l'opération augmentent considérablement, ce qui, pour la malade, entrainera plus d'inconvénients que la rétention du placenta (2). » Si l'inversion est très-récente, dit Carus, et que le placenta soit adhérent, il vaudra mieux réduire l'utérus avant d'en séparer le placenta; mais s'il est en partie détaché, il sera plus utile de le séparer complètement avant de faire la réduction de l'utérus (3). Siebold (4) conseille de ne pas détacher le placenta, si la réduction est possible sans cela, sinon il faut l'enlever aussitôt. Newnham, à ce sujet, parle en ces termes : « Plusieurs hommes des plus autorisés ont conseillé d'extraire préalablement le placenta afin de diminuer le volume de la partie déplacée et en faciliter la réduction. Mais il est impossible que ce procédé soit avantageux pendant que l'irritation de l'organe tend à exciter

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

(2) Denman, *Midwifery*, p. 422.

(3) Carus, *Lehrbuch der Gynécologie*, vol. II, p. 423.

(4) Siebold, *Handbuch der Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1826, vol. III, p. 375.

de ces efforts d'expulsion qui sont un obstacle réel à la réduction, et à produire une hémorrhagie alors que chaque goutte de sang est d'une importance extrême. » En outre, la réduction en masse et un traitement approprié aux cas de rétention de l'arrière-faix, serviront à provoquer de ces contractions utérines régulières qui sont l'espoir du médecin et le salut de la patiente.

On peut, je crois, mettre en doute que l'extraction du placenta offre aucun danger sérieux, car bien souvent il a été impossible de réduire l'utérus à cause du volume ajouté par la présence du placenta (1). En pareil cas, on ne doit pas hésiter à extraire le délivre, et je ne connais pas de faits où cette pratique ait été désastreuse. D'où je conclus qu'en toute occasion je ferai l'extraction du placenta avant de tenter la réduction du fond de l'utérus. Quand on peut craindre l'étranglement de la tumeur par les fibres circulaires du col, ou bien si cette constriction constitue seulement un obstacle à la réduction, on a conseillé de diviser cet anneau au moyen du bistouri. Il va sans dire qu'on videra préalablement la vessie et le rectum, à moins que l'inversion ne se soit produite sous nos yeux. A ce moment, l'opération demande si peu de temps qu'on peut remettre le cathétérisme, et la constipation pendant vingt-quatre heures sera plutôt un avantage. Si la tumeur utérine et les parties voisines sont gonflées; si la malade a un peu de fièvre, il peut être nécessaire de faire des fomentations locales avant de faire la réduction.

Si la lésion date de plusieurs jours, faudra-t-il renoncer à l'espoir de la guérir? Certes non. Il y a des observations où la réduction est dite avoir été tentée et faite avec succès après des semaines, des mois et même des années, et l'état de la patiente, dans ces conditions, est si misérable qu'on ne doit laisser de côté aucun moyen de la soulager. Dans le cas de Löffler, il s'était écoulé six ou sept heures depuis l'accident; dix-sept, dans celui de White; vingt-quatre, dans celui de Winter; vingt-sept, dans celui de Dickinson; trois jours, dans le cas de Cawley; sept, dans celui de Radford (Obs. VI); huit, dans celui de Ingleby (2), de Chopart et d'Ané (3); dix ou douze, dans celui de Laverjat (4); treize, dans celui de Hoin (5); seize, dans celui de Meldenthal, douze semaines dans une observation de Belcome (6), et seize mois et demi dans un fait cité, en 1847, par Valentin (de Vitry-le-François) (7). Barrier (8) a réussi

(1) Brown, *Annals of med.*, 1791, vol. II, p. 277.

(2) Ingleby, *Facts and cases*, etc., p. 227.

(3) Ané, in Dailliez, p. 86.

(4) Laverjat, *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*. Paris, 1788.

(5) Hoin, in Sabatier, *Mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin (Mémoires de l'Académie de chirurgie)*. Paris, 1751, t. III, p. 376.

(6) Voyez aussi une observation dans *American Journal of medical science*, vol. XVI, p. 81.

(7) Valentin, *Réduction d'un renversement complet de la matrice datant de seize mois et demi* (*Revue médico-chirurg.*, novembre 1847, t. II, p. 290).

(8) Barrier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, avril 1852, t. XVII, p. 614.

à réduire une inversion après quinze mois, sous l'influence du chloroforme. G. Canney (1) a eu le même succès après cinq mois. Ayre, avec l'aide du même moyen, a été aussi heureux après treize heures, ce qui me porte à croire à l'efficacité des anesthésiques dans ces conditions. Tyler Smith (2), dans une circonstance où l'inversion était produite depuis onze ans, a réussi au moyen d'une pression modérée et continue à réduire la tumeur utérine. Mû par cette idée, j'introduisis la main droite dans le vagin matin et soir pendant plusieurs jours, et je tâchai, en pressant, en malaxant l'utérus entre mes doigts pendant environ dix minutes chaque fois, de repousser la tumeur en haut.

Tout d'abord je n'obtins aucun résultat, mais après des tentatives répétées, je sentis l'orifice céder un peu et la tumeur petit à petit put le traverser. Après chaque séance, j'introduisais dans le vagin un volumineux pessaire à air de Gariel, et je le gonflais autant que la malade pouvait le supporter. Par ce moyen, un effort considérable était constamment exercé sur la tumeur. Le pessaire à air était gardé jour et nuit, à peu d'exceptions près; on l'enlevait lorsque la douleur était trop vive ou lorsqu'il fallait vider la vessie ou le rectum. Dès la première introduction du pessaire, l'hémorrhagie cessa complètement, la tumeur parut diminuer et sembla pénétrer plus avant dans l'orifice. Après plus d'une semaine, la malade éprouva de vives douleurs pendant une nuit entière, et le matin, quand je procédai à l'examen, je constatai que l'utérus avait repris sa situation normale. Cette observation est très-encourageante et nous montre ce que peut, en pareil cas, la persévérance. D'après ce que j'ai vu. Cependant, dans un des cas de M'Clintock, je n'affirmerai pas que le succès serait la règle dans de pareilles circonstances. Je dois ajouter que Teale a réussi par un procédé analogue dans une inversion utérine datant de deux ans et demi. [M. Rockendahl (3) et M. White (de Buffalo) (4) ont obtenu le même succès l'un dans un cas d'inversion utérine qui remontait à six années, l'autre à quinze ans.]

[Rockendahl (5), laissant de côté l'intervention manuelle, obtint la réduction par l'emploi seul du pessaire à air. Ce médecin, qui avait été consulté seulement six ans après la production de la maladie, retirait et réintroduisait chaque jour le pessaire. Le sixième jour, la malade éprouvant une certaine douleur, le pessaire fut retiré, et l'inversion avait disparu. L'orifice du col admettait encore trois doigts, mais les

(1) Canney, *Medical Times and Gazette*, 18 septembre 1852, p. 287.

(2) Tyler Smith, *A Case of complete inversion of the uterus of nearly twelve years duration successfully treated* (*Med. chir. Trans.*, T. XLI, p. 183; *Bulletin de thérapeutique*, t. LVI, p. 201).

(3) Rockendahl, *Deutsche Klinik*, 1860, *Bulletin de thérapeutique*, 1860, LIX, p. 238.

(4) White, *Report on inversion of the uterus*, by Dr Quackenbusch (*Trans. of med. of State of New-York*, 1859, p. 170).

lèvres étaient bien circonscrites : des douches furent ensuite administrées qui rendirent à l'organe son volume naturel et firent cesser des hémorrhagies qui avaient lieu auparavant.

Le même moyen a été employé par Fessenmager (1) et Albanese (2) et a été couronné de succès.]]

Si l'on réussit à rétablir l'utérus en sa place, on devra prendre les plus grands soins pour éviter le retour de l'accident ou pour parer à la production d'un prolapsus utérin. La malade restera pendant un long temps dans la position horizontale, la tête basse, le bassin élevé et les genoux fléchis, on donnera avec avantage une petite dose d'opium, et, s'il y a grand épuisement, on en répétera l'administration en même temps qu'on donnera quelques stimulants. On a conseillé l'usage d'un pessaire pour maintenir l'utérus, mais cela sera rarement nécessaire.

Quand l'écoulement lochial aura complètement cessé, on conseillera avec avantage des injections astringentes dans le vagin, une ou deux fois par jour, s'il existe de la leucorrhée. Si l'inversion est irréductible, on verra jusqu'à quel point il sera utile de s'en tenir aux palliatifs, comme par exemple de placer la tumeur dans le vagin afin de la mettre à l'abri des chocs extérieurs, et de la soutenir par des bandages (fig. 189 et 190)

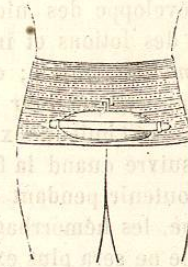


Fig. 189. — Ceinture hypogastrique à pelote d'air.

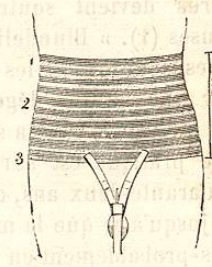


Fig. 190. — Appareil à pelote d'air pour le prolapsus.

comme le recommande Hamilton pour le prolapsus utérin, ou une ceinture hypogastrique (fig. 191), ou encore par un pessaire.

Quel que soit le temps écoulé depuis la production de l'accident, nous croyons qu'on devra, à moins de contre-indication formelle, avoir recours aux inhalations de chloroforme qui faciliteront de toute façon les manœuvres opératoires.

« Quand l'utérus ne peut être remis dans sa position normale, il faut au moins le placer dans le vagin : on doit pallier les symptômes importants, faire quelques lotions astringentes, tenir la malade au repos, veiller à l'état de la vessie, soutenir les forces, calmer l'irritation par des anti-

(1) Fessenmager, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866.

(2) Albanese, *Gaz. clin. dello spedale civico di Palermo*, 1870.

spasmodiques, et soulager, s'il est nécessaire, la pesanteur quelquefois insupportable qu'éprouve la malade par un pessaire convenable. » « Un bandage à ressort est quelquefois utile. S'il survient de l'inflammation, comme c'est souvent le cas, je conseille quelques émissions sanguines, des laxatifs, etc. Par ce moyen, l'utérus peut revenir à son état normal,

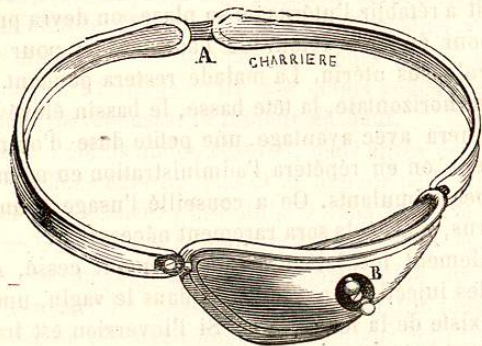


Fig. 191. — Ceinture hypogastrique (*).

et la femme peut voir reparaitre ses règles comme d'ordinaire. Quelquefois l'utérus devient squirrheux ou il se développe des ulcérations gangréneuses (1). » Blundell conseille l'usage des lotions et injections astringentes pour arrêter les « hémorrhagies ménorrhagiques » ; on commence par une solution légère dont on augmente chaque jour la force jusqu'à ce qu'on arrive à la saturation, et on s'en sert huit ou dix fois par jour. Cette pratique est surtout importante à suivre quand la femme a dépassé quarante-deux ans, car si l'on peut la soutenir pendant deux ou trois ans, jusqu'à ce que la ménopause survienne, les hémorrhagies cesseront très-probablement en même temps, et elle ne sera plus exposée à cette maladie (2).

Si ces moyens n'étaient pas applicables ou manquaient leur but, on pourrait alors songer à l'opportunité de l'extirpation (3). Il y a de nombreux exemples qui prouvent que la vie est compatible avec la perte de l'utérus. François Rousset (4) rapporte une observation dans laquelle l'utérus fut détruit par la gangrène, et la malade se rétablit ; Ruleau (5), Prime-rose, Radford et Cooke, ont publié des cas dans lesquels il semble que l'utérus se soit gangrené sans compromettre la vie de la femme. Cela étant,

(1) Burns, *The principles of midwifery*. London, 1843, p. 554. — Clarke, *On diseases of females*, vol. I, p. 157.

(2) Blundell, *On diseases of women*, p. 143.

(3) Voyez Max. Langenbeck, *De totius uteri extirpatione*. Gottingæ, 1842.

(4) Rousset, *Cæsarei partus assertio historiologica*. Paris, 1590, p. 354.

(5) Ruleau, *Traité de l'opération césarienne*. Paris, 1704, p. 238.

(*) A, courroie servant à limiter le serrage de la ceinture ; B, la plaque et les deux boutons adhérents qui permettent de faire fonctionner l'appareil.

il y a quelque chance, dans certaines limites pourtant, à enlever l'utérus, et à imiter par l'art les procédés que nous indique la nature. C. Clarke adhère pleinement à cette manière de voir. Il dit à ce sujet : « Dans ces cas d'inversion où la femme a passé l'âge de la menstruation, quand toute son existence est troublée par cette maladie, quand l'abondance de l'écoulement menace sa vie en la débilitant d'une façon continue, on peut conseiller une opération dont on a pu constater des succès, c'est-à-dire l'extirpation de l'utérus retourné. » « L'auteur dit n'avoir aucun moyen de juger jusqu'à quel point il serait sage de recourir à cette opération pendant la période menstruelle de la vie (1). Du reste je dois ajouter que l'opération a également été pratiquée avec succès pendant cette période de la vie de la femme. Nous pouvons donc en conclure que cette opération est justifiable : 1° pourvu que la patiente soit dans un état de santé générale satisfaisante ; 2° pourvu que l'utérus ne soit pas atteint de squirrhe ou de cancer. L'opération a été pratiquée avec succès par Berenger de Carpi (2), A. Paré (3), Wrisberg (4), Petit (5), Sclevogt, Vater, Laumonier, Bouchet (de Lyon) (6), Boudol (7), Desault, Dumas (de Montpellier) (8), Alex. Hunter (de Dumbarton) (9), Th. Chevalier (10) et Johnson (1822) (11), Hamilton, Clarke (de Dublin), Windsor (1809) (12), Davis, Hull, Blundell (13), Moss (14), Lasserre (15), Williams (16), Newnham (17), Higgins Bower, Gredding (18), Bloxam (19), Deroubaix (20), Harrisson (21), M'Clintock (2 cas) (22). Il a été publié d'autres observa-

(1) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 149, 150.

(2) Berengario de Carpi, *Isagogæ in anatomiam*. Bologna, 1514. — Joannes Langius, *Epistolarum medicinalium miscellanæ*. Bâle, 1554, livre II, ep. 39.

(3) A. Paré, *Œuvres*, édition J. F. Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 745.

(4) H. Wrisberg, *De uteri resectione*. Gottingæ, 1787.

(5) Petit, *Journal général de médecine*, t. V.

(6) Bouchet, in Martin, *Mémoires de médecine et de chirurgie sur plusieurs accidents qui peuvent compliquer la grossesse*. Lyon, 1835.

(7) Boudol, *Journ. gén.*, t. V, p. 153.

(8) Dumas, in Vieussens, *Nouveau traité des liqueurs*. Toulouse, 1715, t. II, p. 379.

(9) Hunter (de Dumbarton), *Duncan's Annals of med.*, 1800, t. IV, p. 866.

(10) Chevalier, in Merriman, *Synopsis of the various Kinds of difficult parturition*. London, 1820, p. 286.

(11) Johnson, *Dublin Hosp. Report*, t. III, p. 479 et 483, et Houston, *Catalogue*, p. 509.

(12) Windsor, *Some observations on inversion of the uterus (Medico-chir. Trans.* London, 1819, vol. X, p. 358).

(13) Blundell, *Diseases of women*, p. 144.

(14) Moss, *British and foreign. medical Review*, avril 1837, p. 561.

(15) Lasserre, *Encyclopédie des sciences méd.*, vol. XXXVI, p. 179 ; *Arch. gén. de méd.* 1835, 2^e série, t. VIII, p. 395.

(16) Williams, *Lancet*, 27 juillet 1839. — Voyez aussi *Medico-chir. Review*, octobre 1830. — *Siebold's Journal*, t. V, p. 406.

(17) Newnham, *Essay on inversion*. London, 1818.

(18) Gredding, *Gazette des hôpitaux*, 25 septembre 1855.

(19) Bloxam, *Gazette médicale*, 1837, t. V, p. 122.

(20) Deroubaix, *Union médicale*, 27 avril 1852.

(21) Harrisson, *Med. Gazette*, avril 1840.

(22) M'Clintock, *Clinical memoirs on diseases of women*. Dublin, 1863, p. 85, 87.

tions moins heureuses (1). Sur 50 cas relevés par West (de Londres), 2 fois l'opération fut abandonnée, 36 fois elle fut suivie de succès, et 12 fois les malades moururent, c'est-à-dire qu'il y eut une mort sur quatre opérées.

[Dans un petit nombre de cas on a observé la réduction spontanée de la tumeur après un temps très-long, Delabarre (2) et Baudelocque en ont publié chacun une observation. Dailliez (3) explique la possibilité de cette réduction spontanée par la tonicité des trompes et des ligaments larges qui, revenant sur eux-mêmes, réagissent ainsi sur la partie qui les entraîne et la ramènent peu à peu à sa position primitive.]

L'opération consiste à mettre un lien de soie, de chanvre, ou une ligature métallique (un fil d'argent), à la partie supérieure de la tumeur, à serrer graduellement ce lien jusqu'à ce que la malade ne puisse plus endurer la douleur, puis à y revenir jusqu'à ce que la tumeur tombe d'elle-même; ou bien on passera une double ligature à travers le centre du col de la tumeur, et chaque moitié sera comprise dans une ligature différente. Les symptômes qui suivent l'application de cette ligature sont ceux que nous devons supposer après l'étranglement d'un organe aussi impor-

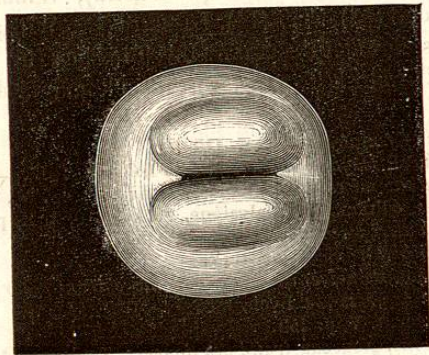


Fig. 192. — État de l'orifice utérin quatre semaines après l'ablation. (M'CLINTOCK.)

tant. La malade éprouve des nausées, des vomissements qui diminuent graduellement dans les cas qui doivent se terminer favorablement. Quand ces symptômes sont violents, il sera nécessaire de desserrer la ligature et d'attendre quelques heures avant de la resserrer; on donnera en même temps une dose d'opium, et l'on entretiendra la liberté du ventre au moyen de lavements; on soutiendra les forces de la malade par une alimentation substantielle, mais non excitante.

(1) Voyez Deleurye, in Dailliez, p. 104. — Boyer, t. X, p. 510. — Sabatier, *Médecine opératoire*, t. I, p. 385. — Wolff, *Journal von Graefe und Walther*, t. VII, p. 482.

(2) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*.

(3) Dailliez, *Renversement de la matrice*, thèses de Paris, an XII, no 382.

Je pense que les observations de M'Clintock justifient pleinement l'usage de l'écraseur linéaire substitué à celui d'une ligature; la souffrance est moindre, et les dangers consécutifs sont moins graves.

Il va sans dire que le chloroforme sera employé pendant cette opération. Si l'inversion est causée par un polype ou compliquée d'une tumeur de cette nature, il sera nécessaire d'enlever les deux (1), et l'on aura soin d'exciser le polype avant d'appliquer une ligature sur le corps de l'utérus.

[M. Chailly a vu dans un cas l'extirpation de l'utérus renversé suivie de succès (2).]

Aran (3) a publié une observation des plus instructives d'extirpation de l'utérus après une inversion irréductible de l'organe. Nous ne saurions mieux faire que de la reproduire avec tous ses détails :

OBSERVATION II. — *Renversement de l'utérus datant au plus d'une année. — Tentatives infructueuses de réduction. — Cautérisation de la tumeur sans succès. — Emploi de l'écraseur linéaire. — Mort par hémorrhagie interne et péritonite suraiguë.* — Le 26 août 1859, un médecin étranger m'adressait une jeune femme de vingt-quatre ans, femme de chambre, qu'il croyait être affectée de renversement de l'utérus. Cette jeune femme, d'une assez forte constitution, bien que d'un tempérament lymphatique, habituellement bien portante, bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, ne se présentait pas à moi pour la première fois. J'avais été appelé à constater chez elle une grossesse seize ou dix-huit mois auparavant, dans des conditions assez extraordinaires, c'est-à-dire avec intégrité parfaite de la membrane hymen, et je l'avais perdue de vue depuis cette époque. J'appris alors qu'elle était accouchée le 10 avril de l'année précédente, à l'étranger, d'un enfant vivant et à terme. Malheureusement elle s'était mise entre les mains d'une sage-femme ignorante et inexpérimentée; à la suite probablement de tractions intempestives exercées sur le cordon, elle avait été prise d'une perte de sang presque foudroyante, qui l'avait laissée sans connaissance et en proie à des convulsions pendant deux jours. Des irrigations froides sur le ventre, des compresses vinaigrées, avaient diminué un peu l'hémorrhagie, qui s'était prolongée ainsi pendant une quinzaine de jours, avec assez d'abondance. Depuis, la malade n'avait cessé de perdre du sang presque journellement, elle en perdait surtout le jour, mais même aussi la nuit, lorsqu'elle s'agitait un peu dans son lit; et, dès que l'écoulement de sang se suspendait, il était remplacé par des fleurs blanches muqueuses abondantes. Depuis cette époque, elle était en proie à tous les phénomènes de l'anémie: coloration presque cadavéreuse de la face, palpitations, essoufflement au moindre exercice: son extrême faiblesse l'avait obligée à garder le lit pendant quatre mois. Au mois de décembre, elle avait commencé à se lever, souffrant médiocrement, excepté de pesanteur et de tiraillements dans

(1) Jourdan, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1818, vol. XXIII, p. 290, art. HYSTÉROPTOSE.

(2) Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5^e édition. Paris, 1867.

(3) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1860, p. 914.

les reins ; de temps en temps, pourtant, elle accusait une douleur vive au-dessus du pli de l'aîne du côté droit. Cependant les forces revenaient et les pertes sanguines habituelles étaient moins considérables ; mais le retour des règles était marqué par une hémorrhagie qui durait de quinze à dix-huit jours, avec une grande abondance. Malgré son état de faiblesse, la malade avait pu faire un voyage énorme, de Naples à Saint-Petersbourg, où elle était restée plusieurs mois, et elle était revenue à Paris depuis quelques jours.

La pâleur cadavéreuse de cette jeune femme, son aspect de maigreur et de souffrance, ses yeux éteints et sans expression, sa faiblesse qui ne lui permettait qu'avec la plus grande difficulté de se tenir debout et de monter les escaliers, les palpitations et l'essoufflement qu'elle ressentait, les bruits de souffle et de diable qu'on entendait sur les parties latérales du cou, et surtout l'existence chez elle d'hémorrhagies fréquentes, habituelles, ayant débuté dans l'accouchement, au moment de la délivrance, toutes ces circonstances étaient bien de nature à faire penser à un renversement de l'utérus, et je fus bientôt confirmé dans cette idée par l'examen avec le doigt. Je trouvai embrassée par les lèvres du col, qui était entr'ouvert, une tumeur du volume d'une pomme ordinaire, arrondie, molle dans tous les points et cependant élastique, comme tomenteuse à sa surface, légèrement sensible à la pression. Portant mon doigt entre l'orifice et la tumeur, je pus contourner celle-ci dans toute sa circonférence et reconnaître qu'elle se continuait avec le reste du col par un sillon circulaire que le doigt ne pouvait franchir ou repousser. Le spéculum me montra entre les lèvres du col, qui étaient très-pâles, la tumeur ayant le volume que je viens d'indiquer, arrondie, d'une couleur rose vif, saignant facilement, revêtue pourtant d'un épithélium assez épais. La sonde utérine, glissée entre la tumeur et le pourtour de l'orifice, était arrêtée à 2 ou 3 centimètres par une résistance que l'on retrouvait tout autour de la base de la tumeur engagée dans cet orifice. Par le rectum je sentais la tumeur formée par l'utérus renversé ; mais le col était porté tellement haut, que je ne pouvais remonter jusqu'au-dessus du point d'invagination, ni sentir la sonde que j'avais introduite préalablement dans la vessie. En revanche, la palpation abdominale ne percevait pas cette résistance que l'on trouve habituellement chez les femmes derrière le pubis. Bien plus, en combinant le toucher vaginal et la palpation hypogastrique, en maintenant l'utérus immobile pendant que je déprimais les parois abdominales, j'arrivai sur une espèce d'entonnoir formé par l'utérus invaginé et par les annexes entraînées dans la partie invaginée.

C'était pour moi un cas nouveau et embarrassant. En attendant que je pusse prendre une décision relativement à la conduite à tenir définitivement, il y avait avant tout une indication très-importante à remplir, c'était d'arrêter les hémorrhagies et de réparer les forces. Le repos au lit, des irrigations froides pendant plusieurs heures, matin et soir, le badigeonnage de la tumeur vaginale avec la teinture d'iode tous les deux ou trois jours, avaient fait rapidement justice de ces accidents, et il y avait déjà une grande amélioration dans l'état général, lorsque je procédai pour la première fois, le 27 septembre, à une tentative de réduction. La malade ayant été préalablement endormie avec le chloroforme, je portai successivement un doigt, plusieurs, et la main droite tout entière dans le vagin, pendant que, de la main gauche, je soutenais l'u-

térus pour l'empêcher de fuir devant moi. J'essayai d'abord de faire rentrer le fond de l'organe, en le repoussant avec le pouce pendant que je soutenais le reste de la tumeur avec les autres doigts : insuccès complet. J'essayai alors de pétrir la tumeur au pourtour de l'orifice, pour l'engager dans l'intérieur de celui-ci : je ne réussis pas mieux ; toutes ces tentatives semblaient, au contraire, avoir pour résultat de faire serrer la tumeur plus fortement par la cavité du col. M. le docteur Gauchet qui m'assistait, une sage-femme qui était présente, s'épuisèrent comme moi en vains efforts, pour réduire la tumeur, qui diminua beaucoup de volume sous ces pressions répétées, mais pour acquérir une rigidité comme ligneuse, ainsi que le pourtour de l'orifice, et une immobilité complète dans la cavité du col. Malgré la durée assez longue que nous avions donnée à cette première tentative (une heure et quart), malgré les doutes très-vives qu'elle avait occasionnées et que les inhalations chloroformiques n'avaient pas entièrement dominées, il ne survint aucun accident, et il en fut de même de deux autres tentatives un peu plus courtes et tout aussi infructueuses, que je fis dans le courant du mois d'octobre.

Les circonstances devenaient trop graves pour assumer sur moi seul la responsabilité d'une intervention chirurgicale ; M. le professeur Nélaton et M. Richet voulurent bien se joindre à moi, le 14 novembre, pour examiner à nouveau la malade, et leur avis unanime fut qu'en présence de la constriction exercée par le col de l'utérus sur la partie de cet organe qui était renversée, il y avait peu à espérer de nouvelles tentatives de réduction, et que l'on devait penser à débarrasser de sa cruelle infirmité la malade que cette infirmité condamnait au repos et à une vie misérable. Quant à l'opération chirurgicale, l'opinion de ces deux savants confrères hésitait entre la ligature ordinaire et l'emploi de l'écraseur linéaire. Avant d'en venir à cette terrible extrémité, qui me paraissait renfermer en elle des chances nombreuses de mort, je proposai à mes deux confrères et je fis agréer par eux l'idée qui s'était présentée à mon esprit, de transformer par des cautérisations successives avec le fer rouge, toute la surface muqueuse fournissant des hémorrhagies, en un tissu de cicatrice qui ne se laisserait plus pénétrer par le sang. En conséquence, les 17, 26 et 29 octobre, les 8 et 24 décembre, je procédai à cette cautérisation avec un de mes internes et amis, M. Tamarelle Mauriac ; chaque fois, deux ou trois cautères coniques ou cylindriques étaient promenés et éteints sur la tumeur préalablement mise à nu à l'aide d'un très-large spéculum quadrivalve.

Les résultats de cette cautérisation furent des plus remarquables, les hémorrhagies paraissaient suspendues, la santé générale et les forces revenaient, la muqueuse utérine semblait prendre un aspect plus lisse et plus épidermique ; mais, dès que je laissais un intervalle d'une quinzaine de jours entre les cautérisations, les hémorrhagies reparaissaient, surtout à l'époque des règles. Au mois de décembre, entre les deux dernières cautérisations, j'avais essayé le procédé de M. Tyler Smith ; malheureusement, le pessaire à air glissait sur la tumeur et ne la comprimait pas directement ; d'un autre côté, la seule présence de ce pessaire dans le vagin développait des douleurs dans le ventre et un état fébrile avec frisson, de sorte qu'après deux tentatives aussi peu fructueuses l'une que l'autre, je dus y renoncer complètement.

Que faire cependant ? La malade, désireuse de guérir pour retourner auprès de son mari, et préférant, disait-elle, la mort à une position aussi misérable,