

riphérique de l'intestin grêle continuait à s'ouvrir dans la fistule où il apportait le contenu du bout stomacal de l'ileum par l'intermédiaire du côlon et par un trajet rétrograde, tandis que le bout rectal du côlon s'ouvrait librement dans le ventre.

Casamayor, en 1826, ayant à traiter une femme de quarante-deux ans, chercha à établir une communication directe de l'intestin grêle au rectum. Il fit construire une pince spéciale dont une branche fut introduite par le vagin dans le bout supérieur de l'intestin, et l'autre introduite par l'anus et le rectum. Les deux branches tenues rapprochées déterminèrent l'escarrification des parties saisies et les matières sortirent à la fois par le vagin et par l'anus. On pouvait espérer une guérison, malheureusement la malade, non encore guérie, mourut de pleuro-pneumonie.

Verneuil et Otto Weber traitèrent cet anus anormal comme ceux qui s'ouvrent à l'extérieur. Verneuil introduisit dans les deux bouts de l'intestin une pince à polypes agissant comme entérotome, et la laissa onze jours en place. Malheureusement l'inflammation détermina l'occlusion du bout inférieur, et l'opération ne donna aucun résultat.

Otto Weber fut plus heureux. Une femme de vingt-trois ans avait eu le vagin déchiré par la main d'un accoucheur maladroit; il s'en était suivi une hernie intestinale et un anus anormal. Weber appliqua dans les deux bouts de l'intestin un entérotome de Dupuytren modifié pour sectionner l'éperon. Le troisième jour, des matières commencèrent à passer par l'anus. L'entérotome fut laissé en place six jours. L'orifice se réduisit peu à peu jusqu'à un diamètre d'un centimètre. Weber n'avait donc obtenu qu'un succès partiel. Après la mort de cet éminent chirurgien, Heine continua le traitement. Il fit une nouvelle application d'entérotome, puis il aviva les bords de la plaie vaginale, la sutura et, après quelques incidents, obtint une guérison complète.

Les faits, on le voit, sont peu nombreux, mais il semble que dans ces cas, c'est à l'entérotomie et plus tard à la suture qu'il faut donner la préférence.

### ARTICLE III

#### DES OPÉRATIONS QUI SE PRACTIQUENT SUR L'UTÉRUS ET SES ANNEXES

##### I. — Du cathétérisme de l'utérus.

*Anatomie.* — La cavité utérine, même à l'état normal, offre des dimensions très variables. En général, d'après Guyon, chez

les vierges, elle offre 45 à 50 millimètres de hauteur; chez les femmes ayant usé du coït, 48 à 55 millimètres; chez celles qui ont eu des enfants, de 55 à 60 millimètres; mais, aux époques menstruelles, la hauteur augmente de 5 à 10 millimètres. Sur la hauteur totale, la cavité du col prend de 26 à 29 millimètres à l'âge de la puberté; après plusieurs grossesses, 21 à 28 pour redescendre entre 14 et 24, après la ménopause.

L'orifice externe du col, ou *museau de tanche*, ne présente guère chez les vierges qu'une fente de 6 à 8 millimètres; il offre un diamètre double chez les femmes qui ont eu des enfants, et se rétrécit dans la vieillesse. L'orifice interne, avant la grossesse, offre un rétrécissement de 3 à 4 millimètres de diamètre, sur 5 à

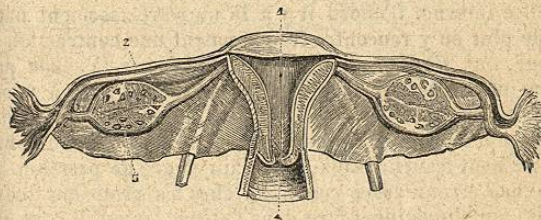


FIG. 770.

COUPE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

1, Cavité de l'utérus. — 2, Canal de la trompe. — 3, Ovaire. — 4, Cavité du col utérin et vagin.

6 de longueur; et, même chez les femmes qui ont eu des enfants, il est toujours beaucoup plus étroit que l'externe. Entre les deux s'étend la cavité du col, ayant 5 à 8 millimètres en largeur, tandis que ses parois demeurent en contact d'avant en arrière. Sur ces deux parois, on aperçoit une saillie verticale de laquelle partent de chaque côté d'autres petites saillies qui montent en s'écartant; c'est ce qu'on nomme *l'arbre de vie*.

Enfin, dans l'état normal, l'utérus est le plus généralement un peu incurvé en avant, le col dans la direction du vagin, le corps incliné sur la vessie. Mais on comprend que l'état de plénitude ou de vacuité de ce dernier viscère influe beaucoup sur le degré d'incurvation de l'utérus.

*Procédé opératoire.* — La sonde utérine, appelée aussi *hystéromètre*, est une tige métallique légèrement recourbée, montée



sur un manche, et portant les divisions du mètre pour juger à quelle profondeur elle a pénétré dans l'utérus.

La malade placée comme pour l'application du spéculum, on commence par reconnaître au toucher la direction de l'utérus; puis on introduit l'indicateur gauche de manière à en appliquer la pulpe sur la lèvre postérieure du col, en arrière de son orifice; et sur ce doigt on fait glisser la sonde, la convexité tournée en arrière. On pénètre dans l'intérieur du col en portant le manche en haut et un peu en arrière; et en poursuivant ce mouvement, s'il n'y a pas de déviation, on arrive jusqu'au fond de l'utérus.

La sonde est arrêtée quelquefois, dit-on, par les saillies de l'arbre de vie; on le dégagerait au besoin par quelques mouvements de latéralité. Mais un obstacle beaucoup plus sérieux l'attend à l'orifice interne. D'abord il y a là un rétrécissement naturel; mais de plus on y rencontre fréquemment une contraction spasmodique, qui, s'exerçant même quelquefois sur la sonde préalablement introduite, oppose une résistance assez forte à sa sortie. Bennet, après avoir pratiqué le cathétérisme sur 600 femmes, déclare qu'il a presque toujours rencontré en ce point un obstacle qu'on ne peut franchir sans un certain degré de pression. De là même une erreur assez commune chez les praticiens inexpérimentés, qui s'imaginent être dans l'utérus lorsqu'ils sont encore dans le col; selon Bennet, ce n'est pas assez de pousser la sonde à 38 et même 44 millimètres de profondeur, *il faut absolument* qu'elle ait pénétré au delà de 50 millimètres. Ceci semble peu en rapport avec la hauteur réelle du col; mais on ne sonde guère l'utérus à l'état normal, et l'effet le plus commun des affections de l'utérus est de l'accroître dans toutes les dimensions; de plus, la sonde butant contre l'orifice utérin le refoule toujours quelque peu, ce qui allonge encore la portion du col déjà parcourue. Dans tous les cas, il faut pousser lentement et avec beaucoup de douceur; une autre considération vient encore à l'appui de ce précepte.

Le trajet du col se fait généralement sans douleur; au contraire, le passage de l'orifice interne détermine presque toujours une douleur très-vive. D'autres douleurs naissent aussi du frottement du bec de la sonde contre les parois utérines; de là, chez certaines femmes, des spasmes hystériques et même des accidents plus graves qui ont été jusqu'à déterminer la mort. On a dit combien il importe de procéder avec prudence; et lorsqu'on a pénétré dans l'utérus, il faut, comme pour la vessie, que les séances soient le plus courtes possible, et qu'on n'y prolonge pas les recherches au delà de quelques minutes.

La sonde utérine pénètre quelquefois à une assez grande profondeur sans que le chirurgien ait fait aucun effort paraissant capable de perforer l'utérus. On a cherché à expliquer ce fait de diverses manières. Valenta, ayant introduit la sonde à une profondeur de 23 centimètres, a invoqué l'existence d'une fistule utéro-péritonéale et Bandel, au congrès de Gratz, a cité des faits où il existait de ces fistules à la suite d'opérations faites sur l'utérus. On a dit aussi que, dans quelques cas, la sonde a pénétré dans une des trompes, c'est ce qui paraît être survenue dans une observation de Bischoff; mais presque toujours cette pénétration exagérée est due à une perforation de l'utérus, accident qui le plus souvent n'a pas eu de suites fâcheuses. Ainsi dans un cas où Nélaton, en présence de Denonvillers, avait ainsi perforé l'utérus, il ne survint aucun trouble d'aucune sorte. Pour éviter ce danger, Lengrand (de Lille) a imaginé un cathéter utérin que j'ai souvent employé avec avantage. Il se compose d'un tube métallique court portant en guise de manche une plaque graduée et terminée sur un épaulement qui prend point d'appui sur le col utérin; dans ce tube pénètre une sonde de caoutchouc souple, rendue un peu résistante par un ressort à boudin formé d'un fil de cuivre roulé en spirale. La sonde a assez de résistance pour franchir l'orifice interne du col, elle ne saurait en avoir assez pour amener une perforation.

## II. — Des déviations de l'utérus.

Tantôt l'utérus se dévie en masse, en sorte, par exemple, que son corps est incliné en avant, le col en arrière, *antéversion*; ou le corps en arrière, le col en avant, *réroversion*; tantôt le corps seul est fléchi sur le col, soit en avant, *antéflexion*, soit en arrière, *réroflexion*. On a aussi observé des *latéroversions* et des *latéroflexions*.

Ces déviations s'accompagnent fréquemment de douleurs que l'on calme, soit par l'usage d'une ceinture hypogastrique, qui semble alléger la pression des intestins sur l'utérus, soit en essayant de ramener l'utérus dans une meilleure direction à l'aide des pessaires. Un moyen plus direct consiste à introduire la sonde dans l'utérus même, en suivant lentement les contours de la déviation, et à le maintenir redressé pendant quelques minutes, sauf à recommencer le lendemain. Ce procédé laissant trop facilement l'utérus revenir à sa déviation première, Simpson a eu l'idée d'y laisser à demeure ce qu'il appelle le *redresseur utérin*.



*Procédé de Simpson.* — Ce redresseur consiste essentiellement en une tige solide de métal ou d'ivoire de la longueur de la cavité utérine, réunie à peu près à angle droit avec une seconde tige qui doit occuper la longueur du vagin, laquelle enfin se réunit à angle avec un anneau extérieur qui sert de manche à l'instrument (fig. 771).

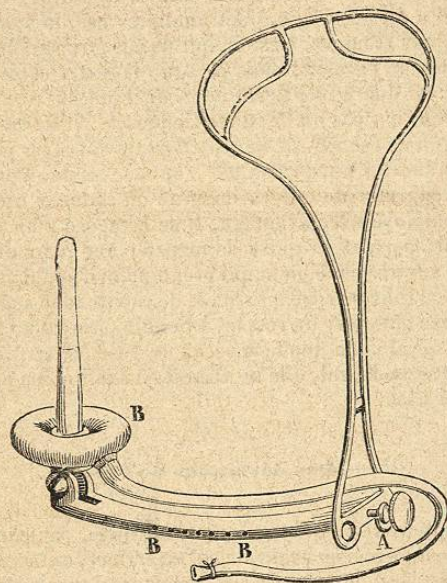


FIG. 771.

Redresseur utérin de Simpson.

La direction de l'utérus étant reconnue, on porte dans le col la tige terminale, jusqu'à ce qu'on la sente arrêtée par un obstacle. Si cet obstacle vient de l'inflexion de l'organe, on baisse ou on relève le manche du redresseur pour lui faire suivre la direction voulue; quand enfin on a pénétré jusqu'au fond de l'utérus, on le redresse en portant le manche en avant ou en arrière, selon que l'utérus lui-même était porté en arrière ou en avant; et le manche est fixé dans cette position par des cordons qui entourent le bassin.

Le pessaire intra-utérin de Simpson a subi de nombreuses modifications, je me contenterai de citer les instruments de Mayer, de Martin, de Studley, etc., car ces moyens sont aujourd'hui à peu près complètement abandonnés.

*Appréciation.* — L'emploi du redresseur offre des dangers très sérieux; on l'a vu amener des hémorrhagies graves, des inflammations de l'utérus, du péritoine et de la fosse iliaque, et enfin la mort des malades. Ces dangers sont moins fréquents peut-être qu'on ne l'a avancé; mais le plus grave reproche à faire à ce procédé, c'est qu'il est impuissant à atteindre son but. La matrice n'a pas de position fixe dans le ventre, elle ballotte entre la vessie

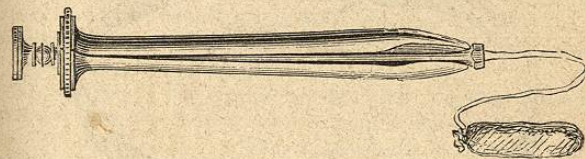


FIG. 772.

Porte-topique vaginal de Delisle (expulsion du tampon).

en avant, le rectum en arrière, éloignée de ce dernier seulement par des anses de l'intestin grêle ou l'S iliaque. Si l'on retire ces intestins, à l'instant la matrice se renverse en arrière; replacez les intestins, elle est repoussée en avant. A part donc les cas d'inflammation chronique et d'adhérences, où le redressement est impossible, la matrice est facilement ramenée en place par le simple cathétérisme de quelques instants; le séjour de l'instrument à demeure n'en fait pas davantage; et le décubitus sur le ventre suffit quelquefois pour amener le même résultat. Si alors quelque anse d'intestin se glisse entre elles et le rectum, si des fèces s'accumulent en cet endroit dans l'S iliaque, le redressement pourra être définitif. Mais je répète que si le redressement par la sonde ou par la position peut être tenté avec avantage, le maintien à demeure du redresseur ne répond à aucune sorte d'indication.

Amussat a tenté la cure radicale de la rétroversion par un procédé qui n'est pas beaucoup mieux raisonné.

*Procédé d'Amussat.* — Il cherche à ramener et à fixer le col utérin en arrière, en cautérisant la muqueuse de la partie posté-



rière du col et du vagin avec le caustique Filhos, pour y déterminer des adhérences.

Amussat disait avoir obtenu ainsi deux guérisons. Que le col ait été ramené à une direction meilleure, je l'accorde; quant au corps de l'utérus même, cela me paraît fort douteux.

Le plus ordinairement on emploie pour soutenir l'utérus dévié les pessaires vaginaux, les hystérophores de Swank, de Becquerel, de Röser, de Lazarewitch, etc., ou simplement des tampons que l'on porte dans l'un des culs-de-sac vaginaux, de manière à repousser le col en sens inverse de la direction que l'on veut imprimer à l'utérus.

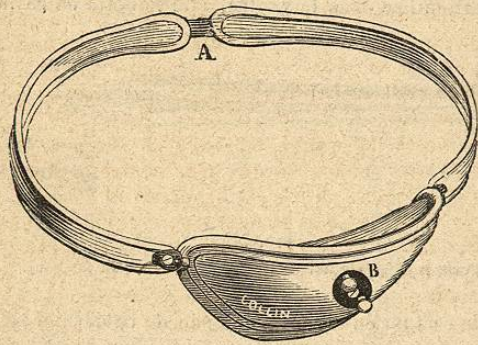


FIG. 773.

Ceinture hypogastrique à plaque mobile.

mer à l'utérus. Pour éviter aux malades la nécessité d'avoir recours au chirurgien pour placer ces tampons qui doivent être renouvelés au moins chaque jour on a imaginé quelques instruments permettant à la malade de l'introduire plus ou moins facilement au lieu qu'il doit occuper.

Le plus simple et le meilleur me paraît être le porte-topique vaginal de Delisle (fig. 772). Il se compose de deux valves creusées en gouttières et qui réunies forment un tube, une sorte de long spéculum cylindrique, au centre duquel peut se mouvoir un piston. La femme place le tampon ou le sachet dans le porte-topique, l'introduit fermé et, quand il est en place, il suffit de pousser le piston pour faire sortir et placer le tampon.

On emploie souvent dans les déviations utérines une ceinture à plaque mobile, dont on change facilement la direction au moyen d'une clef et d'un engrenage intérieur. L'expérience m'a montré

que cette ceinture n'agit avec quelque efficacité que dans les antéversions. Enfin, depuis quelques années on a appliqué à la guérison de la rétroversion l'opération d'Alexander, proposée et pratiquée d'abord contre le prolapsus utérin et plus récemment la suture de l'utérus à la paroi abdominale.

*Opération d'Alexander.* — Le 17 novembre 1840, Alquié (de Montpellier) présenta à l'Académie de médecine un mémoire dans lequel il proposait de mettre à découvert les ligaments ronds et de les raccourcir pour guérir la rétroflexion et la rétroversion de l'utérus; mais il ne paraît pas avoir jamais fait cette opération; Deneffe (de Gand), en 1864, la tenta pour remédier à un prolapsus, mais il ne put trouver les ligaments ronds. Cette opération proposée en France en 1840, tentée en Belgique en 1864, fut faite à Liverpool en 1881 par Alexander et elle est connue sous le nom de ce chirurgien.

Le principe de l'opération est des plus simples. On isole les ligaments ronds, on tire sur eux pour redresser l'utérus et une fois l'utérus redressé, on fixe ces ligaments de manière à les raccourcir, et à rendre ce raccourcissement permanent. Mais les ligaments, qui sont minces et fragiles, se briseraient si on voulait par leur intermédiaire seul redresser l'utérus, on aide à ce redressement en poussant directement l'utérus avec le doigt introduit soit dans le cul-de-sac vaginal postérieur, soit dans le rectum ou même avec le redresseur intra-utérin.

L'opération se pratique de la manière suivante : On fait une incision de 3 à 4 centimètres au niveau de l'anneau inguinal et dans la direction du ligament rond. On met à découvert le pilier interne auquel le ligament est le plus souvent accolé. Se dissociant rapidement en dehors du canal, le cordon est au contraire assez dense dans le canal même et c'est là où en cas de besoin il faudrait le rechercher. Une fois le cordon mis à découvert, on l'isole, soit avec la sonde cannelée, soit avec les ciseaux, en le détachant des brides cellulaires qui le rattachent aux piliers, aux muscles petit oblique et transverse. Lorsqu'on se sert de ciseaux il ne faut pas exercer de traction un peu forte sur le cordon, car on pourrait attirer le péritoine, voisin de l'anneau interne, et le sectionner.

Une fois le cordon isolé aux environs de l'anneau, l'aide introduit les doigts dans le rectum et réduit l'utérus en position. On n'est pas d'accord sur la conduite à tenir à l'égard de la partie du ligament devenue excédante après le redressement de l'organe. Les uns l'excisent, d'autres, et je suis de ceux-là, le replient sur



lui-même, le pelotonnent et le fixent par quelques points de suture.

L'opération ne doit être tentée que lorsqu'on s'est assuré de la réductibilité de l'utérus. Faite dans les cas où elle est indiquée, l'opération peut donner et a donné souvent d'excellents résultats. Je l'ai pratiquée sur une jeune femme qui ne pouvait, par suite de ses souffrances, continuer à travailler même assise. L'opération l'a complètement guérie, et la guérison se maintenait encore parfaite plus d'un an après.

*Fixation de l'utérus à la paroi abdominale.* — Kœberlé, en 1869, ayant affaire à une malade qui, par suite d'une rétroflexion considérable, présentait les symptômes d'un étranglement intestinal, fit la laparotomie, supprima l'ovaire et la trompe du côté gauche, redressa l'utérus et le fixa à l'angle inférieur de la plaie abdominale par l'intermédiaire du pédicule résultant de l'ablation des annexes. La malade guérit, et la guérison se maintenait encore quatre ans après. Kœberlé, du reste, se défend d'avoir fait l'opération par la rétroflexion elle-même, il ne l'a faite que parce qu'il y avait menace de mort par étranglement intestinal. La sage réserve de Kœberlé ne devait pas être imitée. En 1886 Saenger, docteur à Leipzig, fit l'ablation des ovaires pour remédier à des névralgies, et comme il y avait en même temps rétroflexion, il sutura le moignon de l'ovaire droit à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Quelques jours après il faisait la même opération sur une autre femme également âgée de vingt-huit ans. Kelly fit connaître ces faits en Amérique, où l'opération fut bientôt répétée. Polk (de New-York), après avoir ouvert le ventre et réduit l'utérus, passe en arrière de lui l'anse d'un tube à drainage dont les chefs viennent sortir par l'incision abdominale, afin de tirer l'utérus en avant. Léopold, au lieu de fixer l'organe par l'intermédiaire du moignon des ligaments de l'ovaire, passe les fils dans le tissu même de l'utérus, à une faible profondeur au-dessous de la tunique séreuse. L. Tait, Olshansen, Bardenhausen, Hennig, Czerny, Shroeder, Keith ont fait la fixation utérine comme temps secondaire d'une autre opération intra-abdominale. Après avoir été pratiquée un certain nombre de fois à l'étranger, l'opération a été importée en France, et comme on pouvait s'y attendre, elle commence à y être largement prodiguée, comme le sont en ce moment la plupart des opérations sur les organes génitaux de la femme.

*Appréciation.* — Les déviations de l'utérus n'ont pas toutes la même importance. Les antéversions ne causent le plus souvent

qu'un peu de gêne, des troubles dans la miction urinaire; mais les malades sont presque toujours puissamment soulagées par le port d'une ceinture à plaque. Il n'en est pas de même de la rétroversion, surtout quand elle s'accompagne de rétroflexion. Ce qui aggrave la situation, c'est que par suite de l'inflammation qui a été parfois l'origine de la rétroversion, l'utérus a contracté des adhérences qu'il est difficile de détruire. On peut cependant y arriver quelquefois par des manœuvres répétées de réduction en agissant par le vagin et par le rectum et en soutenant ensuite l'utérus par un pessaire. Si l'on ne peut y arriver, si le pessaire est mal supporté, ou si la malade répugne beaucoup à l'emploi de ce moyen, il faut recourir à l'opération d'Alexander-Alquié, qui a donné très souvent d'excellents résultats. Cependant il est des cas où le raccourcissement des ligaments ronds ne pourrait être pratiqué avec chances suffisantes de succès, l'utérus ne se laissant pas redresser avec le doigt agissant par le vagin ou par le rectum. L'opération d'Alexander peut retenir en place un utérus qu'on a redressé; la traction sur les ligaments ronds ne pourrait à elle seule redresser un utérus quelque peu fixé dans sa situation anormale. C'est dans ces cas que la laparotomie, permettant d'agir directement sur l'utérus et de le fixer par suture à la paroi abdominale, paraît être une bonne opération, capable de donner des résultats heureux et durables. Mais cette opération, je ne l'accepte que dans les cas où elle est formellement indiquée, quand tous les autres moyens ont échoué et par conséquent dans des cas absolument exceptionnels, c'est assez dire que je critique vivement l'abus qu'on en fait en ce moment.

Placé depuis vingt-cinq ans à la tête de grands services de chirurgie, je n'ai rencontré que 4 ou 5 cas de rétroflexion, assez graves par leurs conséquences pour que cette opération eût été justifiée, si elle eût été alors dans la pratique, et cependant! depuis quelques mois, les faits d'hystérorraphie se multiplient d'une manière inquiétante pour les malades abandonnées sans protection dans nos hôpitaux aux entreprises chirurgicales les plus hasardeuses et les moins justifiées. J'ai trop le respect de la vie des malades pour ne pas blâmer une pareille exagération. Qu'après une opération d'ovariotomie, dans laquelle on trouve une rétroflexion, on fixe à la paroi abdominale l'utérus redressé, rien de mieux; quand en présence d'accidents graves compromettant la vie et même seulement le repos des malades, et que l'opération d'Alexander n'a pas réussi, ou serait impraticable, on ouvre le ventre et on fait l'hystérorraphie, je le veux encore. Mais qu'on fasse en quelque sorte de cette opération le traitement



des rétroversions et des réflexions, que pour des cas relativement légers, sans avoir tenté avec persévérance les manœuvres de redressement, les cataplasmes, les sachets vaginaux, les pessaires, on ouvre le ventre, on extirpe l'ovaire et la trompe, je repousse et je blâme l'abus d'une opération qui met en danger, les exemples le prouvent, la vie d'une malade à laquelle on laisse ignorer le plus souvent les périls et les conséquences de l'opération qu'on se propose de lui pratiquer. Du reste, la science n'est pas encore fixée sur les avantages de l'opération. Elle est encore récente, et on ne peut encore savoir si les améliorations obtenues sont restées permanentes.

### III. — De la rétroversion dans la grossesse.

C'est surtout dans l'état de grossesse que la rétroversion appelle l'intervention de l'art, et qu'il est urgent d'opérer la réduction.

*Procédés de réduction.* — La plupart des auteurs conseillent de placer la femme sur les coudes et les genoux. Moreau rejette d'une manière absolue cette position, que les femmes ne peuvent garder longtemps; il a observé qu'aux premières tentatives de réduction, la pression exercée sur l'utérus leur cause une douleur particulière, énervante, comparable à celle qui résulte chez l'homme d'une pression du testicule, et qui brise leurs forces. Il préfère donc les placer sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur l'abdomen, et la tête inclinée sur la poitrine. On introduit l'indicateur et le médus dans le vagin, on refoule en haut le corps de l'utérus, et l'on accroche le col avec le doigt indicateur pour le ramener en bas.

Cette manière d'agir peut bien réussir dans les cas les plus simples; mais pour peu qu'il y ait de difficulté, il est beaucoup plus sûr de reporter un ou deux doigts dans le rectum pour repousser directement en haut le fond de l'utérus. Une position excellente est celle où la femme est couchée en travers, le bassin dépassant le bord du lit, et relevé par la flexion complète des cuisses sur l'abdomen.

Lorsque l'on n'a pu réussir avec les doigts, on peut recourir au procédé d'Evrat. On prend une baguette de bois bien solide, longue de 24 à 27 centimètres, arrondie à l'une de ses extrémités, que l'on garnit en outre soigneusement d'un tampon de linge ou d'amadou. On fait coucher la femme sur le côté, et l'on introduit

l'instrument suffisamment graissé dans le rectum pour repousser le fond de l'utérus, tandis qu'avec deux doigts portés dans le vagin on accroche le col pour le porter en bas et en arrière.

Pour opérer le dégagement de l'utérus avec plus de facilité, Capuron recommande de lui faire exécuter une demi-rotation, en poussant son fond du côté droit, pour le faire passer ensuite devant la symphyse sacro-iliaque. Amussat s'est bien trouvé de cette manœuvre dans un cas où il jugeait que l'utérus était retenu par des adhérences.

D'autres moyens ont encore été proposés. Hervez de Chégoïn pense que la réduction sera facilitée par l'application d'un pessaire qui soulèvera le fond de l'utérus, et qu'on laissera à demeure cinq à six jours. Halpin a porté dans le vagin, entre le fond de l'utérus et le rectum, une vessie vide qu'il a ensuite insufflée d'air; on pourrait y injecter de l'eau. Il semble que l'action de la vessie serait plus puissante, si elle était introduite par le rectum. Toutefois Mazier a agi pareillement avec succès par le vagin, en y portant un pessaire elliptique qu'il dirigea en arrière entre le périnée et l'utérus; appuyant ensuite avec deux doigts sur l'extrémité du pessaire la plus rapprochée du sacrum, il put exercer une forte pression et refouler ainsi l'utérus vers le détroit supérieur.

Enfin Dussaussy a conseillé d'introduire dans le rectum la main tout entière : ressource extrême, mais qui dans un cas extrême ne serait pas à dédaigner.

### IV. — Inversion utérine.

L'inversion utérine est cette forme de déplacement dans lequel le fond de l'utérus se déprimant, s'enfonçant dans sa propre cavité, en se retournant sur lui-même comme le fond d'un sac qu'on retourne, finit par passer au travers du col et devenir extérieur; de telle sorte que dans l'inversion complète, la muqueuse utérine se présente à l'extérieur et que l'utérus a la forme d'un polype, dont la cavité se continuant en haut avec la cavité péritonéale est constituée par la surface séreuse de la matrice. Cette invagination peut être causée par la présence de corps fibreux, de polypes, lesquels implantés à l'intérieur de l'organe et expulsés à travers le col entraînent avec eux le tissu même de l'utérus dont la paroi se déprime, se retourne et s'invagine. Elle est surtout fréquente au moment de l'accouchement, le placenta adhère à la matrice l'entraînant avec elle.