

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, entraînera 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 Gynæcologie*, 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 Loffler, 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 (Obser. vi); huit, dans celui de Ingleby (2), de Chopart et d'Ané (3); dix ou douze, dans celui de Lauerjat (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) Lauerjat, *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^rClintock, 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 (3), 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 D^r 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 répètera 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)

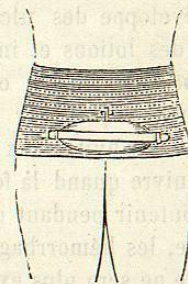


Fig. 189. — Ceinture hypogastrique à pelote d'air.

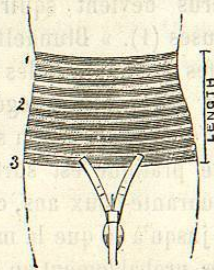


Fig. 190. — Appareil à pelote d'air pour le prolapsus.

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,

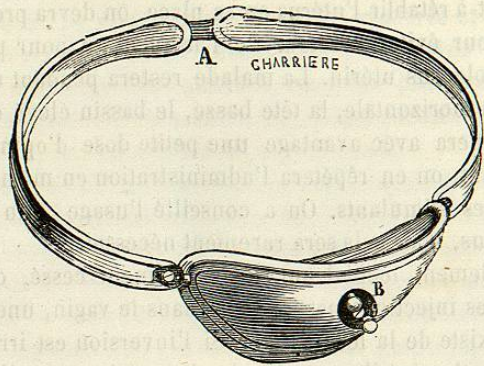


Fig. 191. — Ceinture hypogastrique (*).

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), Primrose, 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 Bérenger de Carpi (2), A. Paré (3), Wisberg (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), Harriison (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. Wisberg, *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 *Médico-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) Harriison, *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 remènent 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-

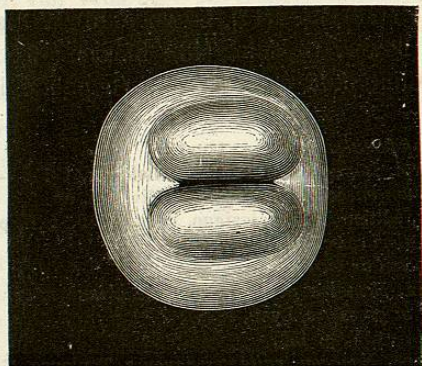


Fig. 192. — État de l'orifice utérin quatre semaines après l'ablation. (M^CCLINTOCK.)

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, n° 382.

Je pense que les observations de M^CClintock 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.