

M51

MATERNITÉ DE LAUSANNE
Directeur : Prof. Dr ROSSIER

Contribution à l'étude
de
L'INVERSION UTÉRINE
PUERPÉRALE

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

M^{me} Jegoudis MEKLER-RACINE
de KIEFF (Russie).



LAUSANNE
IMPRIMERIE DES UNIONS OUVRIÈRES
(à base communiste)
1907

Contribution à l'étude
de
L'Inversion Utérine Puerpérale

MATERNITÉ DE LAUSANNE

Directeur : Prof. Dr ROSSIER

Contribution à l'étude

de

L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE



THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

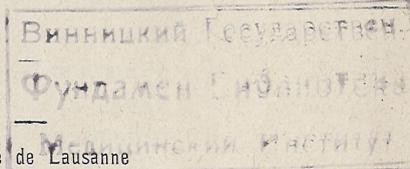
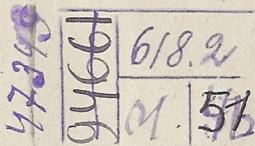
par

M^{me} Jegoudis MEKLER-RACINE

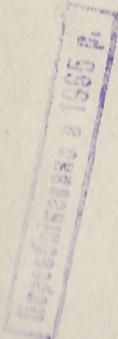
de KIEFF (Russie).



LAUSANNE
IMPRIMERIE DES UNIONS OUVRIÈRES
(à base communiste)
1907



2442



UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

FACULTÉ DE MÉDECINE

La Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne, sans se prononcer sur les opinions du Candidat, et en suite des rapports favorables de MM. les Professeurs ROSSIER et MURET, autorise l'impression de la Thèse intitulée : **Contribution à l'étude de l'inversion utérine puerpérale**, présentée par M^{me} Jegourdis MEKLER-RACINE, pour l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**.

Lausanne, le 7 novembre 1907.

Le Doyen :
Prof. D^r PERRET.

CHAPITRE PREMIER

Dans le courant des mois d'août et de septembre 1906, la Maternité de Lausanne eut l'occasion de soigner un cas d'inversion utérine puerpérale récente, aggravé par des complications ultérieures.

La grande rareté de cette affection qui arriverait d'après Beigel, une fois sur 190,000 accouchements, augmente l'intérêt de cette observation clinique, et nous fait croire que sa publication serait peut-être de quelque utilité. Aussi suivîmes-nous avec plaisir le conseil de M. le Professeur Rossier, qui avait mis ce cas à notre disposition, pour en faire le sujet d'un travail spécial.

DÉFINITION-DIVISION

On donne le nom d'inversion utérine à une invagination de l'utérus dans sa cavité même, ou à travers celle-là. Il en résulte que le fond, déprimé en doigt de gant, vient faire une saillie plus ou moins forte, soit dans l'intérieur de la cavité utérine, soit dans le vagin, soit enfin au-devant de celui-là.

De là les différents degrés de l'inversion utérine :

- 1° Formation de cupule ou d'entonnoir au fundus.
- 2° Duplication de la paroi utérine, de manière à ce que le segment le plus inverti arrive à l'orifice externe.

3° Passage de tout le corps utérin à travers le canal cervical, le cervix seul restant en place; c'est l'inversion totale du corps de l'utérus.

4° Inversion complète, la portion vaginale participant au renversement; il vient souvent s'y joindre une descente de l'organe renversé, pouvant aller jusqu'au prolapsus total.

Remarquons en passant que certains auteurs font encore la distinction entre inversion *totale* et inversion *partielle*. Cette dernière peut être un stade de début de l'inversion totale; mais elle ne l'est pas nécessairement. Il existerait des cas où l'inversion, atteignant même un degré très prononcé, ne serait constituée que par une petite partie de la paroi interne, sans que l'organe entier ait subi le même sort.

Quant aux rapports de l'utérus inversi, on comprend qu'ils sont plus ou moins changés, selon le degré de l'inversion. Dans l'inversion complète, la face interne devient externe, et vice-versa. La cavité utérine disparaît; il s'en forme une autre, tapissée par la séreuse péritonéale et accessible seulement par l'abdomen. Cette nouvelle cavité peut, à la rigueur, contenir les trompes, ligaments ronds et larges, ovaires, intestins et vessie.

L'inversion utérine est une affection rare. D'après Crosse et Rieves, il y aurait une inversion sur 140,000 accouchements. Auvard la croit plus fréquente, et donne un cas sur 10,000 accouchements. Sicard, dans sa thèse, réconcilie ces deux opinions extrêmes et admet un cas d'inversion pour 50,000 accouchements.

Malgré cette rareté, la littérature en contient un nombre de cas assez considérable.

En 1847, Crosse put déjà en réunir 400 cas, dont 50 d'inversion non-puerpérale.

Crampton, de 1846 à 1885, en rapporte 224.

Jakub en retrouva, dans la littérature, depuis 1877 jusqu'en 1893, 244 cas, dont 24 de nature non-puerpérale.

En comparant ces chiffres, on voit que c'est l'inversion puerpérale qui est de beaucoup la plus fréquente (de 7-8 fois). Les inversions après avortement sont tout à fait exceptionnelles. On n'en connaît en effet que cinq cas, dont deux au 4^{me}, deux au 5^{me} et un au 6^{me} mois.

Les inversions par tumeur sont rares aussi, puisqu'on admet généralement, d'après Küstner et Josephson, que cette relation est de 1 : 9.

Quant à l'époque à laquelle se produit l'inversion puerpérale, nous pouvons dire qu'on l'a observée à toutes les périodes.

Quelquefois la dépression utérine, premier degré de l'inversion, existait déjà pendant l'expulsion du fœtus. Cependant elle survient généralement avant et pendant la délivrance, immédiatement après la naissance de l'enfant, par exemple. Elle devient plus rare à mesure qu'on avance dans le post-partum.

Une autre distinction importante est celle entre les inversions récentes et les inversions chroniques. Dans le premier groupe entrent les cas où l'inversion s'est produite dans une période qui suit de près l'accouchement (dix semaines au plus), et où l'involution utérine peut ne pas être terminée.

Le second groupé est constitué par les cas plus anciens.

Notre cas étant une inversion puerpérale récente, nous ne voulons étudier ici que l'*inversion* d'origine *puerpérale*, et nous limiterons encore notre sujet à l'inversion *récente*, c'est-à-dire à celle qui se produit peu après la délivrance.

Les cas d'inversion chronique, d'inversion par tumeur et autres ne seront que brièvement mentionnés, lorsque la clarté de l'exposition en fera sentir le besoin.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'inversion utérine par sa rareté et son importance attira déjà l'attention des médecins les plus anciens. Hippocrate, dans son traité „de la Nature de la Femme“ (cité d'après Sicard), s'exprime dans les termes suivants: „Si la matrice est sortie complètement hors des parties génitales, elle pend comme un scrotum et ne veut plus rentrer. La douleur occupe le bas-ventre, les lombes, les aines. Cette maladie survient lorsque dans l'accouchement la femme éprouve des fatigues qui atteignent la matrice.“

L'expression de scrotum paraît définir assez clairement l'état de l'utérus inversé.

On retrouve dans la littérature, se rapportant au premier siècle de notre ère, deux cas d'inversion, signalés par *Arétée de Cappadoce*, qui tâche déjà d'expliquer les causes de cette affection. D'après Arétée, les causes en seraient : le relâchement des ligaments dans les accouchements

laborieux ou opérés par la force, d'autres fois, l'adhérence extrême du placenta au fond de l'utérus.

Plus tard, nous trouvons chez Galien, dans sa dissertation sur la „Faculté d'expulser et la faculté de retenir que possèdent certains organes“, une description assez détaillée de l'inversion utérine.

Au moyen âge il ne parut point de travail original sur la question. Les médecins de cette époque se contentent de commenter les idées d'Hippocrate, de Soranus, de Galien. De même, les médecins des XV^e et XVI^e siècles, comme Benivenius et Bérenger, reprennent seulement les idées des anciens, en traitant la question de l'inversion utérine.

En fait de traitement, ils amputent l'utérus renversé, quand cet organe est déjà gangrené. La première description, où fut reconnu le véritable caractère anatomique de l'inversion utérine, est due à Ambroise Paré, l'éminent chirurgien de la deuxième moitié du XVI^e siècle. Remarquons, en passant, que son *Traité de chirurgie* fut le premier ouvrage scientifique écrit en langue vulgaire, c'est-à-dire en français, ce qui causa beaucoup de surprise à ses contemporains.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, les médecins reprennent l'étude de l'inversion d'une manière plus active et mettent en lumière son étiologie, son diagnostic et son traitement.

En 1732, Gaulard eut l'occasion de relater une observation suivie d'autopsie, où l'inversion était provoquée par un fibrome.

Mauriceau, le premier, découvre les lois du diagnostic différentiel entre l'inversion de l'utérus et son prolapsus;

Levret, celles du diagnostic différentiel entre le renversement des polypes.

C'est Mauriceau encore qui découvre la dépression utérine, tandis que Levret, Leroux et Beaudelocque étudient et arrivent à déterminer les autres variétés, en faisant pour la première fois une distinction entre inversion récente et inversion chronique. Jusque là, l'existence d'une inversion était contestée en dehors de l'accouchement.

Dans la première moitié du XIX^e siècle, l'étude de l'inversion utérine ne progressa guère en France. C'est à l'école anglaise et ensuite à l'école anglo-américaine qu'est dû le développement ultérieur de la question, grâce aux travaux de Hunter, Crosse, Davies, Johnson, Windsor et beaucoup d'autres.

Plus tard, depuis la seconde moitié du XIX^e siècle, les chirurgiens et accoucheurs français se joignirent à leurs collègues étrangers; tous ensemble ils éclairèrent le diagnostic, l'étiologie, l'anatomie pathologique de l'inversion et portèrent en particulier leur principal effort sur son traitement. Parmi eux, nous citerons: Pozzi, Perrier, Lefort, Thomas, Tarnier, Barnes, Max Coy.

Pourtant tous les auteurs cités ci-dessus étudient principalement l'inversion chronique, faisant partie des maladies de la matrice.

Les cas d'inversion puerpérale récente, telle que nous la traitons dans notre travail, n'étaient traités par eux qu'exceptionnellement. Ceux qui s'en occupèrent le plus spécialement furent: Depaul (1879), qui en publia quelques observations; Crampton, qui réunit tous les cas d'inversion connus en Angleterre, de 1846 à 1885; nommons encore Dénucé, Sicard, Acquaviva, Grabié,

dont les travaux, parus dernièrement, traitent également de l'inversion puerpérale récente.

Enfin, citons l'école allemande, qui publia plusieurs travaux importants touchant ce sujet :

Ueber die Ursachen der spontanen Inversion und über den Sitz der Placenta. Arch. f. Gyn. 7 Fürst.

Zur Ätiologie der puerp. Uterusinversion. Arch. f. Gyn. 20 Beckmann.

Zur Ätiologie der Inversio. Uteri post part. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 31.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE ET ÉTILOGIE

Pour que l'inversion puisse se produire, il faut des conditions spéciales, telles que les a formulées Dénucé : „Il faut que l'utérus soit transformé en une poche à parois minces par le développement graduel d'un produit intérieur, et que cette poche se vide subitement de son contenu.“

Nous avons vu que l'inversion survenait dans la grossesse, après l'accouchement, exceptionnellement après l'avortement, plus rarement par suite de la présence d'une tumeur utérine, lorsque celle-là, lentement déve-

loppée dans l'utérus, en est brusquement chassée. En effet, c'est dans ces deux circonstances que l'utérus se trouve dans les conditions spéciales formulées par Dénucé : il est hypertrophié et dilaté, et possède un endroit de sa surface inerte et déprimée, qui est la zone placentaire ou la région d'implantation de la tumeur. Ce sont là les conditions essentielles pour la production d'une inversion utérine.

Sa pathogénie fut déjà bien éclairée dans ses traits principaux par Kiwisch, en 1847, et vingt ans plus tard par Scanzoni.

Lorsqu'il y a atonie de la paroi utérine, et lorsque la cavité est suffisamment agrandie pour permettre une inversion, celle-ci a lieu, après la naissance de l'enfant, grâce à des tractions exercées sur le cordon, par le poids de l'enfant (dans l'accouchement debout) ou par les personnes assistant l'accouchée, grâce aussi au décollement manuel d'un placenta adhérent. Il s'agit dans ces cas d'inversions utérines par violence externe.

Déjà Scanzoni fit intervenir un nouveau facteur dans les causes de l'inversion, expliquant ainsi les inversions spontanées, c'est-à-dire celles où aucune violence extérieure ne put être établie. Ce nouveau facteur est la pression qu'exercent, en certaines circonstances, les muscles abdominaux sur la surface de l'utérus. Il est évident que les deux causes, violence externe et pression abdominale, peuvent aussi agir simultanément. Ce point de vue fut adopté entre autre par Küstner, tandis que Veit attribue une plus grande importance à la pression intra-abdominale. D'après les statistiques établies par Beckmann, qui fit une étude spéciale des inversions spontanées, c'est ce mode de production qui serait même le plus fréquent.

Quant au mécanisme proprement dit, il règne encore parmi les auteurs une certaine différence d'opinions au sujet de cette question.

Pour Fritsch, Pozzi, Jones, Treub, le moment principal dans la production d'une inversion serait représenté par les contractions utérines. Pour eux, les choses se passent ainsi : par tractions d'en bas et par pression d'en haut, la zone inerte, qui est l'endroit de l'insertion placentaire, paralysée, est enfoncée et expulsée comme un corps étranger par les contractions des segments non paralysés. L'atonie se propage et finalement tout l'utérus est inversé. D'après l'expression de Pozzi, le processus est „comparable à celui de la déglutition“.

Veit attribue aux contractions utérines un rôle beaucoup moindre. Küstner, Gottschalk, Schauta et autres, vont encore plus loin ; d'après ces auteurs, les contractions ne pourraient agir qu'en sens contraire ; l'inversion se produirait justement lorsque les contractions font défaut ; car l'inversion d'un utérus contracté, ferme, est logiquement impossible. Du reste, l'existence même des contractions est une chose assez discutable ; rares sont les cas comme celui de Mackenrodt, reproduit par nous dans l'observation № XIII, où les contractions qui produisirent l'inversion furent nettement constatées, grâce aux douleurs qui les accompagnaient.

Nous voyons ainsi qu'il régnait trois opinions différentes, quant au rôle des contractions utérines dans la production de l'inversion.

Pour résumer le point de vue actuel, on reconnaît généralement que l'inversion exige, pour se produire, une atonie totale ou seulement la paralysie de la portion placentaire de l'utérus, et une force naturelle ou artificielle qui vient agir sur cette portion interne pour l'in-

vaginer. L'inversion est rarement complète d'emblée ; en général il se fait une première ébauche d'inversion, qui passe inaperçue, et se réduit spontanément dans certains cas; dans d'autres, l'inversion se complète brusquement, lorsque l'atonie utérine est généralisée, par la contraction des muscles abdominaux, du diaphragme, et par les efforts de pression de la malade.

Mais dans les cas d'inertie partielle, l'inversion se complète surtout par les contractions utérines. C'est presque un second accouchement et quoiqu'en disent certains auteurs, opposés à ce point de vue, le tableau clinique correspond quelquefois assez exactement à cette expression de „second accouchement“.

Nous devons donc nécessairement nous abstenir d'être trop exclusifs; tout en reconnaissant l'importance des pressions d'en haut, nous ne nions pas l'effet des contractions utérines pour la production des inversions utérines.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons signalé dans notre premier chapitre les différents degrés que peut affecter une inversion utérine. Nous en avons distingué quatre, selon la division des auteurs allemands. En France, on n'en reconnaît que trois, en faisant rentrer dans le premier degré non seulement l'impression en cupule, mais aussi la

France

duplication de la paroi utérine jusqu'à l'orifice interne du col. Ce premier degré ou dépression utérine (Mauriceau) a la forme d'un col de fiole qui serait bordé par un bourrelet. D'habitude cette dépression occupe d'abord la région placentaire. A la concavité externe correspond une convexité interne; ces inversions, si elles ne se réduisent pas spontanément, peuvent se transformer immédiatement, ou en quelques jours, en inversion plus ou moins complète.

Dans le second degré ou inversion incomplète de Pizos, Levret, Leroux (troisième degré des auteurs allemands), le fond de l'utérus sort à travers le col et vient constituer une sorte de poche entre la vessie et le rectum. Le retournement du fond de l'utérus serait arrêté dans son progrès, d'après Baudelocque, par un obstacle anatomique, représenté par l'insertion du vagin autour du col.

Du côté de l'abdomen, la nouvelle cavité contient les ligaments larges, les trompes et ovaires, quelquefois la vessie et même des anses intestinales.

La surface utérine, devenue intra-vaginale, est rouge, villeuse, saignant facilement. Aussi peut-elle en imposer pour une portion du placenta et donner lieu à des manipulations souvent funestes.

Le dernier degré, où l'inversion est complète, nous montre une tumeur faisant saillie devant la vulve. Elle est constituée par l'utérus, par son col, réduit en anneau, et quelquefois une partie plus ou moins longue du vagin. La limite anatomique de ce degré d'inversion est, comme l'a dit Levret, l'insertion même du vagin à l'entrée de la vulve. Il est vrai que ce degré est rarement atteint; la littérature en contient 5-6 cas.

Certains auteurs, parmi lesquels se trouvent Pozzi et

19966
2449

Schauta, nient la possibilité d'une inversion utérine complète, dans le sens le plus strict du mot. Pour eux, et aussi pour Hofmeier, le degré ultime serait le prolapsus de l'utérus inversi; pourtant, comme cela avait été observé à plusieurs reprises, cette dénomination n'est pas logique, puisque le prolapsus peut venir compliquer n'importe quel degré d'inversion.

La muqueuse de l'utérus se continue avec la muqueuse du vagin, n'en différant que légèrement par la coloration. Lorsque l'utérus se contracte, sa surface cesse de saigner; il se durcit et change de couleur.

Pour peu que l'inversion complète dure quelque temps, l'utérus augmente rapidement de volume. Ce fait est probablement dû à la tension veineuse; certains auteurs en cherchant la cause dans la constriction qu'exerce le col en se contractant. On a pourtant observé cet œdème même lorsque l'utérus est inerte. Dans ces cas, l'œdème serait dû à la tension des ligaments suspenseurs qui contiennent les vaisseaux utéro-ovariens. Lorsque ces ligaments sont tendus, l'artère s'en ressent moins que les veines, situées superficiellement, qui s'aplatissent et rendent la circulation de retour impossible.

Le Dr Bar contrôla ce fait sur un cas d'inversion très prononcée.

Le cordon doit aussi être examiné dans chaque cas d'inversion. Quelquefois il permet de constater s'il y a eu tractions, et même si celles-ci ont été fortes. Si le cordon est très court, on aura déjà une condition assez importante pour la production de l'inversion.

CHAPITRE V

SYMPTOMES

Dans les inversions du premier degré, on constate objectivement une dépression en cul de fiole du fond de l'utérus, au lieu d'un globe arrondi.

Par le toucher vaginal, on peut distinguer si la dépression atteint l'orifice cervical et, lorsque celui-ci est encore dilaté, une surface rugueuse, inégale et convexe.

Les symptômes généraux sont peu prononcés; ce sont des hémorragies, menaces de syncopes, douleurs abdominales et lombaires.

Dans l'inversion intra-vaginale, le fond de l'utérus franchit le col et arrive dans le vagin. A la palpation, la main externe, appliquée au-dessus du pubis, plonge comme dans une fosse (Baudelocque). Du côté du vagin, la tumeur est rouge, saignante, parfois recouverte d'un placenta très adhérent. Lorsqu'il se sépare, il peut y avoir hémorragie foudroyante. Les symptômes généraux, très graves, seront décrits avec l'inversion complète extra-vaginale. Cette inversion, où l'utérus retourné, entraîne à sa suite le col retourné également, ne saurait être niée.

Le symptôme local le plus important est la présence d'une tumeur globuleuse, élastique, sortie en partie du vagin et pendant entre les cuisses. Sa surface est inégale et saignante; sa forme est piriforme; sa grosse extrémité est en bas; en l'examinant attentivement, on y aperçoit les deux orifices des trompes. Du côté de

l'abdomen, on constate l'absence de l'utérus et à sa place cet entonnoir caractéristique de l'inversion.

Les symptômes généraux sont des plus graves. La douleur est très violente, siégeant à l'hypogastre, dans les lombes, et s'irradiant dans les aines et les cuisses. Le pouls devient filiforme, les extrémités se refroidissent. L'hémorragie est quelquefois mortelle. Dans beaucoup de cas la mort, en l'absence d'hémorragie, est due à cet état de troubles nerveux appelé *shock*, analogue à la syncope traumatique. Cet accident peut aussi survenir au moment de la réduction. Le symptôme le plus ordinaire est un épuisement brusque, une sorte de prostration qui survient aussitôt que l'inversion s'est produite. Souvent la malade se plaint de troubles dus à la compression du rectum et de la vessie.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Malgré sa rareté, l'inversion ne présente pas de difficultés de diagnostic, si l'attention de l'accoucheur se porte sur elle. Nous avons vu au chapitre précédent que ses signes distinctifs sont très précis. A part l'inversion du premier degré qui passe souvent inaperçue, les autres, inversions intra- et extra-vaginales, pourraient à la rigueur être confondues (surtout si la malade nie d'avoir accouché), avec une tumeur cancé-

reuse, un prolapsus de l'utérus, une cystocèle vaginale et surtout avec une affection polypeuse.

Dans le cas de cancer, le diagnostic différentiel est facile, grâce à la forme irrégulière, la surface rugueuse et l'absence du pédicule. Les antécédents de la malade distinguent aussi suffisamment le cancer de l'inversion.

En cas de prolapsus l'erreur sera reconnue par la présence de l'orifice utérin au bas de la tumeur, et par sa forme toute différente.

La cystocèle vaginale est facile à reconnaître par sa consistance, sa surface non villositéuse et non saignante.

La seule affection qui puisse en imposer pour une inversion, ou pour laquelle une inversion ait été prise, c'est le polype.

Dénucé a pu réunir 43 cas d'erreur de ce genre, commise par des autorités telles que Hunter, Velpeau, Gosselin, Barnes et autres.

L'histoire de chacune de ces affections est pourtant tout autre; l'inversion se produit rapidement après le travail et est accompagnée d'hémorragie et de collapsus.

Le polype, tout au contraire, se développe lentement, et même lorsqu'il y a hémorragie, l'état général de la malade n'est pas aussi grave.

Mais dans les deux cas, dans l'inversion aussi bien que dans le polype, il y a tumeur arrondie, munie d'un pédicule, sortant de l'orifice du col. L'hémorragie n'est pas décisive non plus.

Le diagnostic différentiel entre l'inversion et le polype peut être résumé dans les trois tableaux suivants empruntés à Thomas et à Dénucé.

Premier degré ou dépression.

Polype.

1. L'hystéromètre ou cathéter utérin montre la cavité utérine augmentée.

2. Le toucher vaginal ou rectal, aidé de la palpation abdominale, montre que l'utérus a conservé sa forme globuleuse. Il offre souvent une augmentation de volume.

3. L'acupuncture de la tumeur est indolente.

Inversion.

1. Le cathéter montre la cavité utérine diminuée.

2. Ces procédés d'exploration font reconnaître un aplatissement de l'organe, un rapetissement d'ensemble, et sur le corps même de l'utérus, une dépression circulaire.

3. L'acupuncture est douloureuse.

Deuxième degré : Inversion incomplète.

1. Le cathéter pénètre dans la cavité utérine, en longeant la tumeur par un de ses côtés. Il peut atteindre le fond de l'utérus et s'enfoncer à 50 millimètres de profondeur.

2. Le toucher vaginal et rectal, aidé de l'exploration vésicale, permet de constater la présence du corps de l'utérus en son lieu ordinaire.

3. L'acupuncture et la pression sont indolentes.

1. Le cathéter pénètre entre le col et le pédicule, mais rencontre aussitôt une rainure circulaire contre le fond de laquelle il bute et ne peut s'enfoncer à plus de 15 ou 20 millimètres.

2. Cette même exploration fait découvrir à la place du corps de l'utérus qui manque une excavation en forme d'anneau rigide.

3. L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

Troisième degré : Inversion complète.

1. Le cathéter pénètre dans l'utérus en contournant le pédicule de la tumeur.

2. Le toucher vaginal et rectal, aidé de l'exploration vésicale, permet de constater la présence du corps de l'utérus dans son lieu ordinaire.

3. L'acupuncture et la pression sont indolentes.

1. Le cathéter ne trouve plus de cavité en contournant le pédicule de la tumeur.

2. Cette même exploration permet de constater l'absence de l'utérus dans l'abdomen et de constater à sa place une excavation à bords mous et déclives en forme d'entonnoir.

3. L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

Signalons encore en terminant que l'utérus inversé a été pris pour une tête ou un siège de fœtus jumeau.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC — MARCHÉ — COMPLICATIONS

Le pronostic de l'inversion utérine puerpérale est très grave; cette affection compte 14 p. cent de mortalité pour les cas soignés, tandis que, abandonnée à elle-même, elle aboutit la plupart du temps à la mort dans un temps plus ou moins éloigné. Crosse constate que sur 109 cas d'inversion non soumis à un traitement, la

mort survint dans les premières heures pour 72 cas, après une semaine pour 8, dans les deux premiers mois pour 6, vers le 5^e mois dans un cas, entre le 8^e et le 9^e mois pour 4 cas et à diverses époques pour 18.

Dans l'ordre de fréquence, la mort survient par hémorragie, shock, septicémie, paramétrite, péritonite généralisée.

L'inversion peut aussi, dans des cas exceptionnels, aboutir à la gangrène de l'utérus, suivie de guérison; les cas guéris sont tellement rares qu'on ne peut en tenir compte, surtout qu'il n'en reste pas moins une infirmité grave, nécessitant toujours une opération dange-reuse.

La marche de la maladie est différente suivant les cas. Les inversions aiguës, si elles ne sont pas réduites rapidement, se terminent d'habitude par la mort. Celles du premier et deuxième degré présentent une guérison fréquente si le traitement ne s'est pas fait attendre trop longtemps.

Quelquefois ce sont les *complications* ultérieures à l'inversion qui viennent mettre la vie de la malade en danger.

L'observation que nous publions en est un exemple des plus nets; ces complications sont le plus souvent de nature infectieuse; il s'agissait dans notre cas, comme nous le verrons plus loin, de paramétrite et de phleg-masia alba dolens bilatérale.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous extrayons de la monographie de Josephson le tableau suivant, donnant un aperçu exact de toutes les méthodes proposées pour le traitement de l'inversion utérine.

A. Procédés conservateurs.

1. *Réposition rapide.*

- a) Réposition manuelle.
- b) Réposition instrumentale.
- c) Réposition par voie opératoire (Küstner, Laparotomie).

2. *Réposition lente.*

- a) Tamponnement à la gaze, par pression aérostatique, hydrostatique (Kolpeurynter).
- b) Pression élastique au moyen de différents instruments.

B. Procédés mutilateurs.

- a) Amputation de l'utérus.
- b) Son extirpation totale.
- c) Castration.

Il va sans dire que pour une inversion récente, la question des procédés mutilateurs ne se pose jamais.

Quant aux procédés du groupe A, on n'a guère recours actuellement qu'à ceux désignés par *a*) et *c*) dans la réposition rapide, et par *a*) dans la réposition lente.

C'est ainsi que la réposition, dans le cas dont nous publions l'observation, fut obtenue par le taxis manuel ; après que l'application d'un kolpeurynter fût restée sans succès.

Nous voyons que les méthodes employées pour la réduction des inversions utérines sont nombreuses ; pour en faire le choix, le médecin doit toujours se rappeler la règle générale qui consiste à se servir avant tout des méthodes les plus simples, présentant aussi un minimum de danger pour la malade. Avant de se décider à une opération sanglante, il faut s'assurer de l'insuccès de tous les procédés de douceur. La réduction manuelle doit donc être tentée avant toute autre intervention, parce que c'est la méthode la moins dangereuse. En cas d'insuccès, on peut recourir à une intervention plus complète.

Il va sans dire qu'avant de commencer toute manœuvre, le chirurgien veillera à ce que l'antiseptie et l'asepsie soient des plus rigoureuses.

Ensuite se pose la question de la *narcose* qui a donné lieu à quelques discussions. Mais tout le monde est d'accord maintenant pour trouver l'anesthésie nécessaire, à l'exception de ces cas, du reste très rares, où la réduction est faite immédiatement après la production de l'inversion, avec un utérus souple, l'anneau de Bandl étant assez relâché. Dans ce cas elle ne présente

aucune difficulté et pas de douleur pour la malade, et l'anesthésie devient par là même inutile.

L'anesthésie générale est absolument indiquée dans tous les autres cas, d'autant plus que, comme nous l'avons vu, les femmes atteintes se trouvent dans un état de dépression nerveuse, de „shock“ parfois si grave, qu'il est très souvent la seule cause de la mort. En général, la réduction est excessivement douloureuse, surtout si l'inversion date d'un certain temps, et que l'utérus est contracté.

A propos des cas d'inversion utérine puerpérale, où le placenta est encore adhérent au fond de l'utérus, la question se pose, si le médecin doit faire le décollement du placenta avant la réduction ou après. Pour les cas d'adhérence partielle, tous les auteurs sont d'accord pour conseiller de décoller le placenta le plus tôt possible et ensuite de tenter la réduction. Si, au contraire, le placenta est totalement adhérent, alors les avis se partagent. Les uns conseillent d'enlever le placenta avant de faire la réduction, les autres conseillent de le faire après. Ces derniers se basent sur ce que 1° l'utérus est protégé par le placenta contre la pression qu'il subit pendant la réduction et que 2° le placenta adhérent empêche l'hémorragie au cas où il y aurait inertie utérine après la réduction.

Ces deux motifs nous semblent peu sérieux. On n'a pas besoin de placenta comme protecteur de l'utérus contre la pression, parce que, comme nous le verrons plus loin, les premières conditions des manœuvres de réduction sont la prudence et la douceur. Selon le conseil de Dénucé : „Une règle doit toujours être présente à l'esprit du chirurgien : c'est d'être modéré dans les mouvements et de ne pas se laisser aller au désir d'abrè-

ger par la violence un travail dont les résultats ne doivent jamais être dus qu'à la douceur et à la persévérance". (Cité d'après Fresson.)

Tout au contraire, le placenta augmentant la masse qu'on doit réduire n'empêche-t-il pas la réduction ? Et dans ce cas chaque obstacle, si petit soit-il, ne doit pas être négligé. Quant à l'hémorragie, elle s'arrête en général après la réduction : sinon, nous avons assez de moyens pour la faire cesser.

Après ces quelques préliminaires nous passons à la description des procédés de réduction.

L'inversion du 1^{er} degré ou dépression utérine, lorsqu'elle est diagnostiquée, ne nécessite en général aucun traitement. La réduction se fait d'elle-même. Dans le cas contraire, le traitement de la dépression serait celui de l'inertie utérine qui en est la cause.

Deux possibilités peuvent se présenter : une première, quand le placenta a été expulsé ; alors on introduit simplement la main dans l'utérus, pour en redresser le fond. Dans la seconde possibilité, si le placenta est encore dans l'utérus, on tâche avant tout de le décoller très soigneusement, en soutenant les parois de l'utérus pour ne pas augmenter l'inversion. Après cela on redresse le fond de la matrice. On cherche en outre à réveiller les contractions utérines par les moyens habituels, injections intra-utérines chaudes à 45°-50°, l'ergot de seigle, tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée, etc. Ces moyens arrêteront en même temps l'hémorragie éventuelle. On fera enfin une transfusion de sérum artificiel, si la femme a beaucoup perdu de sang et on soutiendra son état général.

Pour la réduction manuelle des inversions ayant atteint l'un des deux derniers degrés, la malade doit être

mise en position obstétricale classique. Il existe diverses méthodes pour fixer le col de l'utérus : avec deux pinces à abaissement, qu'on fait tenir par un aide ; le chirurgien lui-même se met à côté de la malade et procède à la réduction.

Lorsqu'on ne peut pas placer les pinces, à cause de l'absence des marges, certains opérateurs ont recours au procédé de Pate (1878) : on introduit un index dans la vessie par l'urèthre dilaté, l'index de l'autre main dans le rectum et on tâche de saisir l'entonnoir ; avec les deux pouces placés dans le vagin on pousse le fundus en haut.

Corty (1881) conseille de fixer l'entonnoir avec deux doigts de la main gauche introduits en forme de crochet dans le rectum et de faire la réduction avec la main droite. Il existe encore un autre moyen pour fixer le col : c'est la fixation par voie abdominale, à travers une incision faite sur la ligne médiane de l'abdomen. C'est la méthode de Thomas.

Les manipulations que le médecin fait subir à l'utérus pour la réduction sont des manœuvres de taxis. Il existe *trois* formes de *taxis* :

1^o Le *taxis central* ou méthode de Viardel ; ici l'accoucheur, avec la main gauche appliquée sur le ventre au-dessus du pubis, déprime la paroi abdominale pour fixer l'entonnoir de l'utérus inversé ; tandis que de la main droite fermée [Levret] (ou seulement avec l'extrémité des doigts faisant cône) et introduite dans le vagin, il repousse peu à peu la tumeur à travers l'entonnoir ; il se produit ainsi une contre-inversion. L'utérus refoulé, le médecin doit, avant de sortir la main, s'assurer que le retournement est complet et le maintenir jusqu'à ce que l'utérus soit bien contracté. Si l'on craint une re-

production de l'inversion, on doit tamponner le vagin ou plutôt la cavité utérine à la gaze iodoformée.

2° Le *taxis périphérique* ou méthode d'Astuc. Ce moyen repose sur le principe du taxis employé pour les hernies. L'accoucheur saisit avec toute la main la tumeur et la repousse de bas en haut, de telle façon qu'il doit rentrer premièrement le pédicule, ensuite le corps de l'utérus; les parties sorties les dernières rentrent donc les premières. La paroi inversée se déroule peu à peu. Pour cette forme de taxis, on place la femme avec le tronc et le bassin élevés.

3° Le *taxis latéral*. Ici le médecin saisit aussi l'utérus renversé, en ayant soin d'appuyer quatre doigts sur la paroi postéro-latérale droite pour la fixer, il repousse avec le pouce la partie inférieure de la face opposée, c'est-à-dire antéro-latérale gauche. A mesure qu'il pousse, il se produit d'abord une fossette, après quoi l'utérus rentre totalement dans la cavité abdominale et reprend sa position normale.

Outre les procédés manuels, quelques auteurs essayèrent de faire le taxis avec des instruments ad hoc, prétendant qu'un instrument de volume moindre que la main produit plus aisément la réduction. Dans ce but, on a même imaginé des instruments réducteurs : repoussoir de Viardel, de White, etc. Ce mode de procéder n'a pas trouvé de nombreux imitateurs.

Il en est tout autrement des méthodes de *réduction lente*, qu'on emploie chaque fois que la réposition rapide n'a pas réussi.

Dans ces méthodes on cherche à remplacer l'action manuelle brusque par une pression continue exercée au moyen d'un appareil ou tampon qu'on laisse dans le vagin pendant quelque temps. En fait d'appareils, on

se sert de pessaires à air et à eau, tels que le ballon de Champetier, le colpeurynter de Braun.

On les introduit dans le vagin, on les gonfle, et ils y restent pendant plusieurs jours; on a toutefois soin de les changer tous les 2-3 jours.

Le tamponnement est plus favorable, étant une méthode facile à faire et ne nécessitant pas d'instrument spécial. On fait d'habitude le tamponnement à la gaze iodoformée en employant de longues bandelettes larges de deux travers de doigts; on les tasse autour et au-dessus de la tumeur avec une certaine force. Il faut refaire le tampon tous les deux jours.

Ces méthodes lentes n'offrent qu'un succès médiocre, tout en présentant de grands inconvénients: 1. la longue durée de ces procédés; 2. la douleur qu'ils provoquent; 3. la difficulté de la miction et de la défécation; il faut toujours surveiller la malade, lui donner des lavements et la cathétériser régulièrement. Pendant toute la durée de ce traitement, la malade sera au repos horizontal. Mais le plus grand danger du tamponnement est celui du sphacèle, à l'endroit de la pression continue, surtout si l'on se sert de pessaires à tige, dont la surface de pression est limitée.

Si tous les procédés manuels ont échoué, l'accoucheur aura recours aux moyens sanglants.

Actuellement il en existe plusieurs, qui tous reposent sur le principe du débridement analogue à celui d'une hernie étranglée. Leur but est de vaincre l'obstacle qui s'oppose à la réduction; c'est tout d'abord la constriction et la rigidité du col, ensuite cette sorte de sclérose que présente la paroi utérine sur toute sa hauteur. Cette idée de faciliter la réinversion par des incisions longitudinales dans la musculature utérine, fut d'abord émise

par Marion Sims, en 1866 ; il faisait des incisions cervicales à l'aide d'un bistouri. Barnes, après lui, faisait 2-3 incisions longues de 2 cm., profondes de 5 cm. Ces incisions partaient toutes du museau de tanche. Les premiers opérateurs préféraient les faire plus nombreuses plutôt que d'en augmenter les dimensions.

Bien que Barnes, Sims, Aré Buckle et d'autres aient cité des cas de guérison, cette méthode ne s'est pas généralisée, en raison de l'insuffisance des dimensions qu'on donnait aux incisions.

Browne fit une incision sur la paroi utérine postérieure, dilata l'anneau cervical et réduisit facilement l'inversion.

Doyen pratiqua une incision antérieure, sectionna transversalement la muqueuse du vagin, décolla et écarta la vessie, ensuite il sectionna longitudinalement l'anneau, pinça le col et fit la réduction facilement.

C'est l'idée de Sims également qui se trouve développée et complétée dans l'opération de Küstner qu'on peut avec raison considérer comme type des procédés opératoires conservateurs. Cette méthode de Küstner comprend les moments suivants :

1. Large ouverture transversale de la fosse de Douglas.
2. Introduction d'un doigt à travers cette ouverture dans l'entonnoir d'inversion.
3. Incision au milieu de la paroi utérine postérieure, partant de 2 cm. au-dessous du fundus et allant jusqu'à 2 cm. au-dessus de l'orifice cervical.
4. Réinversion de l'utérus au moyen du pouce pressant sur le fundus, pendant que l'autre doigt de la même main fixe l'entonnoir à travers la fosse de Douglas.

5. Suture à deux étages de l'incision du côté péritonéal, après que l'utérus est amené en rétroflexion pour permettre la suture à travers l'incision vaginale.

6. Réposition de l'utérus et suture de l'incision vaginale.

Cette méthode fut employée plusieurs fois sans modification aucune, notamment par Robb, Salin, Perlis, Jordan, Weber et Duret.

Borelius proposa un procédé, différant quelque peu de celui de Küstner. Ici l'incision longitudinale de l'utérus vient rejoindre l'incision vaginale. On retourne l'utérus en écartant les deux bords de l'incision, on le recoud avec une suture à deux étages, l'utérus se trouvant toujours dans le vagin. Finalement on fait la réposition à travers l'incision vaginale.

Ce procédé fut publié plus tard sous le nom de méthode de Borelius. Il se trouva pourtant que cette opération avait déjà été pratiquée en *Suède* par Westermarck. Westermarck réclama par conséquent sa priorité. Mais en recherchant un peu, on constata que ni Borelius, ni Westermarck n'étaient les auteurs de l'opération en question. Elle fut proposée par *Piccoli* au congrès de Rome en 1894. Morisani l'inaugura en pratique le 6 février 1896, Westermarck s'en servit le 21 septembre 1897 et Borelius le 26 mai 1898.

Somme toute, cette opération n'est qu'une modification de la méthode de Küstner. Spinelli leur reproche à tous deux de fausser définitivement la position de l'utérus, en le mettant en rétroversion-flexion, celle-ci devenant facilement irréductible, grâce à des adhérences entre les cicatrices des incisions utérine et vaginale. Sur les 10 cas opérés que Wallgren put contrôler, 4 présentaient effectivement un utérus en rétroversion-

flexion, dont 2 déjà irréductibles. Spinelli proposa donc un autre procédé. Il conseille d'ouvrir la fosse vésico-urinaire au lieu de la fosse de Douglas ; il fait une incision sur la paroi antérieure de l'utérus et procède ensuite d'une manière analogue à celle de Küstner.

Quant aux autres méthodes de traitement de l'inversion, il ne nous reste plus qu'à dire quelques mots sur les procédés mutilateurs. Leur technique n'offre rien de particulier ; elles sont indiquées dans certains cas, tels que dégénérescence ou infection de l'utérus, ne permettant pas de le conserver ; état général de la malade exigeant l'intervention la plus rapide ; les autres moyens ayant échoué ; climactérium de la malade.

CHAPITRE IX

OBSERVATION I

Inversion utérine complète.

(Cas observé à la Maternité de Lausanne.)

Madame Z... I pare de 25 ans, accouchée le 7 août 1906, est entrée le 9 à la Maternité, pendant les vacances d'été.

Anamnèse. — N'a jamais été malade. Réglée vers 17 ans, régulièrement, d'une manière modérée, sans caillots ; parfois interruption de 2-3 jours au milieu des

règles. Depuis 2 ans, souffre lors des époques, a de la peine à rester assise.

Dernières règles le 25 octobre 1905, s'est très bien portée pendant sa grossesse.

Affection actuelle. — Dans la nuit du 5 au 6 août, la malade ressent les premières douleurs.

Le 6, à 5 heures du soir, la dilatation était comme une pièce de cinq francs.

Le 7, à 4 heures du matin, application de forceps par le médecin, 1 heure après le moment où la dilatation était complète; petite épisiotomie double; forceps facile.

La malade étant encore endormie, 5 minutes après l'expulsion de l'enfant, on pratique des tractions sur le cordon; le placenta se présente à la vulve, suivi des membranes; 3-4 cm. derrière celles-ci apparaît une grosseur à la vulve — „on aurait dit deux arrière-faix soudés par les membranes“. La masse anormale dépassant la vulve était de la grosseur d'un poing, et ressemblait à un placenta en train d'être expulsé.

Le médecin détacha les membranes de la tumeur sans qu'il y eût de forte hémorragie, puis il refoula la „grosseur jusque dans l'utérus“.

La malade était pâle, cyanosée, eut plusieurs syncopes; elle se plaignait, selon l'expression de la sage-femme, comme une multipare. Cependant, elle n'avait pas perdu plus de sang que d'habitude.

Le 7 août, première journée du post-partum, fut mauvais; la malade avait des nausées, rejetait de la bile, se plaignait du dos, du ventre, du fondement. Elle était constipée, ne pouvait uriner; purgation.

La nuit du 7 au 8, elle ne dort pas du tout, souffre encore, mais moins. Lochies normales; expulsion d'un caillot, ce qui apporte du soulagement.

La deuxième journée est meilleure, pas de vomissements. On sonde à midi (peu d'urine), la constipation persiste. Vu l'anomalie de l'accouchement, le médecin traitant demande un spécialiste : le 8, à 5 h., le Dr Weith voit la malade, constate la gravité de son cas ; il l'envoie d'urgence à la Maternité avec le diagnostic d'inversion utérine.

Il y avait déjà un peu d'odeur, des lochies nauséabondes.

Température : le 7, matin, 36°5, soir, 37°8;

„ le 8, matin, 37°5, soir, 37°5.

Le transport de la malade à Lausanne est effectué en char et dura environ 3 heures et demie.

Status. — 9 août, 3 heures du matin.

Jeune femme d'un aspect souffrant, visage un peu tiré, lèvres sèches ; extrémités froides, pâles. Langue saburrale, humide.

Poumons normaux.

Cœur de grandeur normale, tons purs, battements précipités. Pouls excessivement rapide : 135-140. T. 36°2.

Seins petits, sans pigmentation.

Abdomen, partie supérieure, aplatie, indolore.

Vessie très saillante, très tendue, remontant à l'ombilic. La vessie vidée, l'abdomen apparaît aplati ; pas de matité autre qu'une submatité à l'hypogastre, correspondant à une tumeur paraissant assez ferme, étalée, remontant à quatre doigts au-dessus de la symphyse, à limite supérieure nette, non arrondie, comme un fundus utéri. La tumeur plonge dans le bassin. La malade évacue fréquemment des gaz.

Status local. — Vulve rouge avec ecchymoses et éraflures présentant des places grisâtres. Ecoulement rougeâtre, fétide.

Toucher : En pénétrant dans le vagin qui est large, on arrive sur une tumeur ovoïde, de la grosseur d'une noix de coco, à pôle inférieur gros, obtus; la tumeur s'amincit dans sa partie supérieure et aboutit finalement à un cul-de-sac qui circonscrit toute la base de la tumeur, comme une fosse. Ce cul-de-sac est formé par la paroi vaginale en dehors et par les bords de l'orifice externe de l'utérus en dedans.

On reconnaît que la tumeur occupant le vagin est le corps utérin complètement inversé.

Par la palpation abdominale, on sent à quatre doigts au-dessus de la symphyse, l'utérus qui se présente comme un anneau épais avec une légère dépression à son centre.

L'utérus est légèrement mobilisable par le vagin; sa surface muqueuse en rapport avec le vagin est irrégulière, fongueuse, un peu molle. La consistance de tout l'organe est légèrement pâteuse.

4 heures du matin, *transfusion de 500 gr.* de solution physiologique.

Piqûre de coffein et ol. camphorat.

9 août, 5 heures 30 du matin, on endort la malade à l'éther (70 gr.).

Irrigation du vagin avec deux litres de lysoforme à 2 p. cent. On pénètre avec toute la main dans le vagin, et on fait un premier essai de réduction de l'utérus en bloc, en appuyant sur le fundus, mais la résistance est telle qu'on n'insiste pas.

On cherche alors, en comprimant les parties supérieures de la tumeur (donc le segment inférieur de l'utérus) à réinvaginer l'organe; des manœuvres prudentes n'aboutissant pas au bout d'un quart d'heure, on re-

noncé à continuer, les parois utérines paraissant œdématiées et presque friables.

Irrigation vaginale 1 litre.

T. 3 h. du matin	36,2.	Pouls	140
T. 6 h.	"	36,9	" 140
T. 9 h.	"	36,7	" 140
T. midi	"	36,9	" 138
T. 4 h. du soir	37,1	"	136

Dans l'urine, *traces d'albumine.*

Pendant la journée du 9, on laisse la malade se remonter, on l'alimente.

A deux reprises, *sondage*; 11 heures du matin, *irrigation vaginale au lysoforme*, qui entraîne quelques débris nécrotiques fétides arrivant à la vulve. A ce moment, on introduit dans le vagin *un kolpeurynter et on le gonfle.*

8 heures du soir: la malade étant dans des conditions assez favorables, on se décide à intervenir à nouveau. L'interne de la Maternité, M. le D^r P. Chapuis, prie un collègue, M. le D^r Campiche, chef de clinique chirurgicale, de lui prêter son aide, le chef du service étant en vacances.

Narcose, 8 h. 50 du soir. Ether 120 cm. cubes.

La malade est placée sur une table d'opération en Trendelenburg; la vessie étant vidée, le kolpeurynter retiré, on fait une *injection vaginale.*

L'utérus n'a pas changé de position; on sent le cul-de-sac formé par la rencontre du vagin et de la face interne du col. La consistance des parois utérines est pâteuse: elles sont infiltrées. En écartant les lèvres de la vulve, on aperçoit l'utérus avec sa surface muqueuse, irrégulière, un peu nécrotique.

Tour à tour, les docteurs Campiche et Chapuis se

relayent à partir de 8 heures 55 du soir pour chercher à réduire l'utérus, en comprimant celui-ci à pleine main et en le refoulant, tandis que la main externe essaie de déplier le rebord en cupule de l'utérus inversé, qu'on sent par l'abdomen.

Peu à peu, le corps utérin diminue de volume, semble se vider comme une éponge. Le rebord de la cupule, perceptible du côté de l'abdomen, forme un anneau qui va s'élargissant peu à peu, sous l'influence du taxis exercé sur l'utérus.

Finalement, à 9 heures 35 du soir, après 40 minutes d'efforts, l'utérus se réduit brusquement.

L'utérus, remis en place, arrive presque à l'ombilic ; il est aplati, flasque, allongé ; le col est largement ouvert et laisse passer trois à quatre doigts.

Pendant les manœuvres de réduction, il s'est écoulé une certaine quantité de sang ; les doigts ramenaient en outre de petits lambeaux rougeâtres de muqueuse utérine.

Il y eut une déchirure du périnée du II^e degré.

Aussitôt après la réduction, on fit une *irrigation intra-utérine de deux litres de lysoforme à 2 p. cent et on tamponna l'utérus et le vagin à la gaze iodofornée*. Sutures périnales (deux points à la soie).

Narcose facile ; pouls rapide 140-160, mais assez bon.
Réveil facile.

Cependant, la malade paraissait être sous l'influence d'un violent „shock“ ; elle était pâle, abattue, un peu agitée ; le pouls était rapide, faible ; il y avait une légère dyspnée.

Transfusion 700 gr. Piqûre d'ergotine (2 capsules) ; Coffein. Boules d'eau chaude.

9-10 août : T. 11 h. 30 du soir 38°5. P. 146
T. 2 h. de la nuit 39,1. P. 150
T. 4 h. du matin 38,7. P. 138
T. 6 h. " 38,3. P. 136

10 août : T. Matin 38°5. P. 160
T. Soir 39,8. P. 136

3 heures du matin, la malade est très faible, tendance aux syncopes, agitation; pouls rapide, faible, irrégulier; dyspnée, battement des ailes du nez.

Perte de sang nulle, pas d'épanchement intra-abdominal.

Examen : utérus aplati, assez ferme, se trouve au niveau de l'ombilic. Vulve contusionnée, muqueuse grisâtre. Vagin à parois plissées, irrégulières. Portion mal définie, irrégulièrement molle.

On retire le tampon de gaze iodoformée, qui répand une odeur fade; après quoi, on fait une *irrigation vaginale et intra-utérine*.

Prescription : *vessie de glace sur l'abdomen, champagne, régime liquide, injection de strychnine 0,005.*

Etat général passable; teint un peu blafard. Langue bonne; pouls régulier, petit; pas de dyspnée, pas de frissons. La malade s'alimente aisément, urine spontanément pour la première fois.

5 heures 30 du soir : abdomen souple, indolore, aucune matité anormale. Vulve sans œdème, muqueuse grisâtre. Vagin plissé, tuméfié. Portion à peine perceptible; le canal cervical, qui est très difficile à trouver, admet juste un doigt.

La malade urine spontanément, mais ne peut vider sa vessie complètement. Pas de vomissements, pas de frissons; les gaz passent.

Ordonnance : *Sondage, irrigation vaginale (1 litre) et intra-utérine (5 litres) au lysoforme 2 p. cent; tinct. strophanti 10 gouttes, 2 fois; tinct. iodi à la vulve.*

11 août: T. Matin 38°5. P. 120

T. Soir 39,4. P. 124

L'examen bactériologique du pus vaginal donne le résultat suivant : Streptocoques : peu; Staphylocoques dorés : en quantité moyenne; Coli commune: en quantité moyenne.

La malade a dormi un peu pendant la nuit, mais a eu des cauchemars. Elle se sent plus abattue qu'hier. Facies jaunâtre, fatigué; langue bonne, humide; gargouillements intestinaux, gaz abondants, douloureux au passage; selles diarrhéiques. Pas de vomissements. Abdomen ballonné, un peu sensible au niveau de l'utérus.

La malade urine spontanément, mais la vessie reste remplie; on est forcé de la vider en vue de l'irrigation. Pas de frissons; pouls plein, plus fort.

A 11 heures du matin, on installe la malade de façon à lui donner une irrigation intra-utérine permanente : après *l'irrigation vaginale on introduit une grosse sonde Nélaton* jusque dans l'utérus et on la met en relation avec l'irrigateur, dont l'eau s'écoule à petit fil (lysoforme 0,5 p. cent).

Vulve sans œdème, sa muqueuse couverte de débris grisâtres, secs. Muqueuse vaginale œdématiée, peu élastique. L'orifice externe laisse passer deux doigts, l'orifice interne se contracte. Portion contuse. Toucher très douloureux.

Badigeonnage avec tinct. iodi des éraflures vulvaires. Sondage. Urine purulente.

A 4 heures du soir, *on interrompt l'irrigation*. La quantité d'eau est de 15 litres.

On laisse la malade se reposer. On constate qu'elle souffre d'incontinence : par moments, selles involontaires, gaz. Pas de vomissements.

7 heures et demie du soir. — Vulve grisâtre, sèche, de mauvais aspect, très sensible. La malade n'urine que difficilement et peu. Le *sondage* ramène une quantité d'urine abondante, encore plus purulente que le matin, à odeur ammoniacale.

Lavage vésical, suivi d'une irrigation vaginale (2 litres).

Vagin plissé, tuméfié, à parois infiltrées, extrêmement sensible. Utérus se contracte bien, arrive à quatre ou cinq doigts au-dessus de la symphyse, peu sensible, portion œdématiée, située en arrière, difficile à atteindre; canal cervical perméable pour un doigt.

On introduit un gros Fritsch jusqu'au fundus et on fait une irrigation de 15 litres au lysoforme 0,5 p. cent. Tinct. iodi à la vulve.

La malade se sent très éprouvée.

Tinct. strophanti, 10 gouttes.

10 heures du soir. — Pouls se maintient. Langue normale. Gargouillements intestinaux douloureux. Gaz.

Urotropine 0,50. 1^{re} injection de sérum Marmoreck. antistreptococcique (2 flacons de 10 cm. cubes).

12 août : T. Matin 38°8. P. 120

T. Soir 39,1. P. 136

La malade a un peu dormi dans la nuit, se sent néanmoins lasse. Visage blafard. Langue toujours bonne. Ventre presque indolore, non ballonné. Ni vomissements, ni frissons. Vulve sans œdème, encore grisâtre

à sa face interne, plus humide, moins sensible, quelques pseudomembranes.

10 heures du matin. — *Irrigation vaginale, 8 litres au lysoforme, 0,5 p. cent, précédée de lavage vulvaire. Tinct. iodi à la vulve.*

11 heures 30. — Etant donné l'amélioration et le résultat de culture, on répète l'injection de sérum Marmoreck (deux flacons de 10 cm. cubes).

La culture révèle : *Staphylocoques abondants*, quelques colonies de *Streptocoques*, lochies grises, nauséabondes.

4 heures du soir. — *Sonde vésicale à demeure. Lavage vésical avec une solution d'AgNO³, 0,5 p. cent. Irrigation vaginale et intra-utérine de 15 litres au lysoforme 0,5 p. cent. Pour placer le Fritsch, ce qui est très douloureux, on fait une demi-narcose au Billroth, après piqûre d'ol. camphorat.*

13 août : T. Matin 38°3. P. 120

T. Soir 38,5. P. 108

Dans la nuit, la malade ne dort pas, on lui donne *Cocdein 0,01 et Coffein 0,25*; dès lors, elle sommeille un peu.

Matin, pouls régulier, un peu moins plein. Rien au cœur, ni aux poumons. Langue bonne.

Examen : rate agrandie à la percussion, se devine à la palpation. Abdomen aplati, indolore, légèrement sensible au niveau de l'utérus qui arrive à quatre doigts au-dessus de la symphyse; sa consistance est ferme. Rien d'anormal aux jambes. Lochies gris-brunâtres, fétides, pas très abondantes. Vulve beaucoup moins rouge, les lambeaux grisâtres se détachent spontanément. Parois du vagin moins œdématiées, moins rigides.

Facies meilleur, un peu coloré. Pouls assez plein, régulier. La malade a un peu d'appétit. Ventre indolore. Utérus légèrement sensible.

Lavage vésical avec eau boriquée.

10 heures 30. — *Irrigation vulvaire et vaginale (15 litres) au lysoforme 0,5 p. cent.*

6 heures du soir. — *Légère narcose au Billroth pour placer le Fritsch pour une irrigation intra-utérine (15 litres) au lysoforme 2 p. cent, précédée d'une irrigation vulvaire et vaginale de 3 litres.*

6 heures 30 du soir. — *3^{me} injection de sérum Marmoreck (deux flacons de 10 cm. cubes).*

14 août : T. Matin 38°1. P. 108

T. Soir 38,7. P. 120

Matin. — Langue un peu saburrale, humide, pouls bon. Ventre indolore. Vulve moins rouge, des lambeaux grisâtres sortent du vagin. Lochies grisâtres, moins fétides, abondantes. Urine moins purulente, acide. Appétit bon ; pas de frissons. Gaz.

10 heures du matin. — *Lavage vésical deux fois. Irrigation vaginale (3 litres) au lysoforme 0,5 p. cent. Irrigation intra-utérine (15 litres). Légère narcose pour introduire le Fritsch. Ergotine 0,10, trois fois.*

15 août : T. Matin 38°4. P. 120

T. Soir 38,7. P. 120

La malade a assez bien dormi ; deux selles abondantes, fétides. Langue bonne. Appétit bon. Pouls plus ferme. Rien aux poumons, ni au cœur ; pas de frissons. Léger œdème des deux jambes.

Vulve se nettoie, quoique encore gris-jaunâtre par places. La sonde à demeure est bien supportée. Pas de vomissements.

Vers 7 et 9 heures du soir, en s'endormant, légère sensation de froid sans frissons.

Prescription : *Salacétol 1,0. Irrigation vaginale (9 litres) au lysoforme 0,5 p. cent. Deux lavages vésicaux avec eau boriquée. Irrigation vaginale (3 litres) et intra-utérine (12 litres).*

6 heures du soir. — 4^{me} injection de sérum Marmoreck (un flacon 10 cm. cubes).

16 août : T. Matin 38°6. P. 112

T. Soir 37,8. P. 112

La malade a dormi, mais a eu des cauchemars. Pouls assez plein, régulier. Langue un peu suburrale. Selles moins fréquentes, encore fétides, diarrhéiques.

On enlève la sonde à demeure. La malade urine spontanément sans douleur.

Lavage vésical.

Ventre indolore, non ballonné. Vulve se nettoie de plus en plus. Parois vaginales moins infiltrées, sensibilité au toucher moindre. Utérus bien contracté à deux ou trois doigts au-dessus de la symphyse. Orifice interne encore aisément perméable. Lochies purulentes, fétides.

Matin. — *Irrigation vaginale (9 litres); soir : Irrigation vaginale (3 litres) et intra-utérine (9 litres). Tinct. strophanti, 10 gouttes. Salacétol 1,0. On enlève la vessie de glace.*

17 août : T. Matin 37°6. P. 116

T. Soir 38,7. P. 112

Etat général meilleur. Langue saburrale, humide. Pouls petit, assez bon. Ventre indolore; fosses iliaques indolores. Utérus à trois doigts au-dessus de la symphyse, indolore. Lochies purulentes, peu abondan-

tes. Pas de frissons. Miction spontanée, un peu douloureuse au début.

Prescription : *Tinct. strophanti*, 10 gouttes. *Irrigation vaginale* (5 litres) au lysoforme 2 p. cent, le matin. *Irrigation vaginale et intra-utérine* (9 litres) au lysoforme 2 p. cent, le soir.

18 août : T. Matin 37°9. P. 116

T. Soir 37,2. P. 104

La malade a bien dormi. Langue saburrale. Pouls assez bon. Œdème du pied et de la jambe gauche. Utérus à trois doigts sous l'ombilic. Les selles diarrhéiques ont cessé. Lochies purulentes, presque sans odeur, assez abondantes. Vulve se nettoie de plus en plus, montre encore, cependant, par places, un enduit verdâtre peu épais. Canal cervical n'admet plus qu'un doigt. Miction spontanée.

Culture vulvaire, faite le 16, donne :

Staphylocoques, streptocoques, coli bacilles.

Irrigation vaginale et intra-utérine au chlorure de Zinc.

19 août : T. Matin 37°1. P. 104

T. Soir 37,8. P. 108

La malade a dormi. Pas de frissons. Langue saburrale. Pouls et facies bons.

Irrigation vaginale (3 litres) et *intra-utérine* (3 litres) au lysoforme 0,5 p. cent. On cesse l'urotropine et le salacétol.

20 août : T. Matin 37°5. P. 112

T. Soir 38,5. P. 120

La malade a bonne mine; a dormi. Langue bonne. Pertes purulentes peu abondantes.

Vers 10 heures du matin, léger sentiment de froid sans frissons. Pouls un peu faible.

Sondage vésical. Urine purulente à la fin, acide. Constatant ceci, on fait un *lavage vésical* à l' AgNO^3 0,5 p. cent.

Vulve en bon état.

Soir. — En sondant immédiatement après une miction, on constate que la vessie contient encore de l'urine, dont la dernière partie est purulente, épaisse.

Vagin moins sensible, à parois souples. Portion se reforme. Canal cervical perméable au Fritsch. Rien au paramétrium. Selle spontanée moulée.

Irrigation vaginale (3 litres) au lysoforme 0,5 p. cent, *intra-utérine* (3 litres). On reprend l'*urotropine Tinct. strophanti*, 10 gouttes.

21 août : T. Matin 37°6. P. 120

T. Soir 37,9. P. 118

La malade a bonne mine. Langue meilleure. Au sondage, on constate que le bas-fond vésical contient beaucoup de pus, par conséquent on fait un *lavage vésical avec une solution d' AgNO^3 1 p. cent*, suivie d'eau salée, après quoi on ordonne un *suppositoire de Codéine*.

Vulve presque nettoyée. Déchirure périnéale rosée, pas encore épidermée; sensibilité moindre. Vagin lisse. Portion accessible. Canal cervical ne laisse passer qu'avec peine le Fritsch. Utérus petit, rétracté, à deux ou trois doigts au-dessus de la symphyse, indolore. Urine presque absolument claire. Région rénale indolore.

On cesse le salacétol; le matin, irrigation vaginale (3 litres) au lysoforme 0,5 p. cent, le soir irrigation vaginale (2 litres), intra-utérine (3 litres).

22 août : T. Matin 36^o7. P. 98

T. Soir 37,8. P. 106

La malade se sent bien. Miction encore un peu douloureuse à la fin. Urine un peu trouble.

Lavage vésical avec eau boriquée. Deux irrigations vaginales.

23 août : T. Matin 36^o7. P. 100.

T. Soir 37,9. P. 112.

Œdème de la jambe gauche presque disparu. Langue se nettoie. Utérus descendu dans le petit bassin. Pression dans les fosses iliaques indolore. Urine de nouveau purulente. Pertes vaginales purulentes assez abondantes.

Lavage vésical avec eau boriquée. Deux irrigations vaginales (3 litres) au lysoforme 0,5 p. cent.

24 août : T. Matin 37^o. P. 108

T. Soir 37,9. P. 121

Pouls égal, régulier, un peu petit. Lochies purulentes abondantes, fétides. Miction spontanée, toujours un peu douloureuse à la fin. Eruption papuleuse sur les membres, ressemblant à de l'urticaire.

On recommence le salacétol. Lavage vésical d'AgNo³ 0,5 p. cent. Deux irrigations vaginales. Tinc. strophanti 10 gouttes.

25 août : T. Matin 37^o3. P. 106

T. Soir 37,7. P. 112

Langue meilleure. Vulve cicatrisée. Vagin à parois souples, indolore. Portion formée. Utérus ferme, situé dans le petit bassin, indolore. Pertes purulentes, abondantes. Vessie contient encore du pus.

Salacétol; deux irrigations vaginales (3 et 2 litres)

au lysoforme 0,5 p. cent. Lavage vésical avec eau boriquée.

26 août : Matin T. 37°3. P. 110

Soir T. 37,9. P. 114

Langue humide, un peu saburrale. Cœur, poumons normaux. Ventre souple, indolore; fosses iliaques absolument dépressibles, indolores; il en est de même de la région rénale. Rien aux articulations; pas d'œdème, ni de thrombose. Miction toujours douloureuse à la fin. Dans la matinée, légère sensation de froid.

Toucher: vagin, vulve en bon état, pertes purulentes verdâtres, indolores. Utérus petit, dur, antéfléchi, dans le petit bassin; portion fermée. Cul-de-sac droit libre. Par le cul-de-sac gauche, on sent le ligament large épaissi, un peu infiltré, pas fluctuant, un peu sensible, ne bombant pas, surface égale. Urine plus purulente que hier.

La culture du dépôt urinaire ne donne ni *streptocoques*, ni *staphylocoques*, peut-être des *coli-bacilles* (?).

Lavage vésical avec eau boriquée; on remet la sonde à demeure. Deux irrigations vaginales (2 litres) au lysoforme 0,5 p. cent. Vessie de glace.

27 août : T. Matin 37°2. P. 108

T. Soir 37,8. P. 100

La malade a eu cette nuit une légère sensation de froid, a dormi. Langue bonne. Ventre indolore.

Lavage vésical.

28 août : T. Matin 37°. Pouls 100

T. Soir 37. Pouls 104

Pas de frissons, ni de sentiment de froid. Les pseudo-membranes vulvaires ont disparu; toutes les plaies sont épidermisées. Toucher vaginal un peu sensible. Dans

le ligament large gauche, toujours une légère infiltration, perceptible bimanuellement, un peu bosselée, sensible (Thrombo-phlébite).

29 août : T. Matin 37°3. P. 108

T. Midi 38,4. P. 126

T. Soir 37,4. P. 106

Urine un peu sanguinolente contenant des débris.

Lavage vésical avec eau salée, deux irrigations vaginales. On continue l'urotropine.

Vers 6 heures du matin, la malade éprouve, pendant une heure, une sensation de froid généralisé. A part cela, rien de spécial à noter. Pertes purulentes moins abondantes.

30 août. T. Matin 36°7. P. 96

T. Midi 38,5. P. 108

T. Soir 37,4. P. 88

Langue bonne. Fosse iliaque gauche légèrement sensible.

Toucher : Utérus petit, mobile, indolore. Par le cul-de-sac latéral gauche, la résistance toujours vague, semble avoir diminué. Par le cul-de-sac antérieur, on croit sentir une légère résistance en nappe, un peu sensible (parois vésicales infiltrées). Urine moins trouble, présente moins de dépôts; malgré la sonde à demeure, la malade ressent ce soir, pendant un instant, un peu de ténésme vésical.

8 heures du soir, sentiment de froid sur tout le corps; pas de frissons.

Lavage vésical avec eau salée. Deux irrigations vaginales.

31 août : T. Matin 37°2. P. 98

T. Soir 37,3. P. 100

Langue bonne. Etat satisfaisant. Urine présente toujours un dépôt épais.

8 heures 30 du soir : frissons, claque des dents pendant 25 minutes, ensuite T. 39°7, P. 142.

11 heures 30 du soir, injection intraveineuse de Collargol 1 p. cent, 10 cm. cubes.

Lavage vésical; irrigation vaginale. Folia uvæ ursi.

1^{er} septembre : T. Matin 38°0. P. 110

T. Soir 39,6. P. 126

Langue plus saburrale que précédemment, mais humide. Pouls régulier, plus faible. Rien aux poumons, ni au cœur. Ventre souple, sensibilité de la fosse iliaque gauche persiste. Urine plus claire.

On enlève la sonde à demeure; lavage vésical.

Soir : Langue bonne. *Toucher* : Utérus un peu dévié à droite, petit, indolore. Résistance du paramétrium gauche a disparu; pas de sensibilité; dans le paramétrium droit, légère sensibilité, mais pas de résistance appréciable. Parois vésicales semblent normales, indolores. Pertes purulentes presque nulles. Pas de frissons. Miction facile avec un peu de douleur. Dans l'urine, pus; traces minimales d'albumine.

Irrigation vaginale. Folia uvæ ursi.

2 septembre : T. Matin 38°2. P. 112

T. Soir 39,6. P. 124

La malade a bien dormi. Langue, pouls bons. Pas de frissons. Sensibilité légère au Poupart droit, sur le trajet de la veine fémorale, pas de cordon, ni d'œdème.

Après midi, légère sensibilité du bas-ventre, surtout à droite.

On cesse les irrigations vaginales, mais on fait encore un lavage vésical.

3 septembre . T. Matin 38°3. P. 102

T. Soir 38,5. P. 104

La malade a dormi, a un peu d'appétit. Langue saburrale, humide. Ventre sensible dans le flanc et la fosse iliaque droite. Pas de résistance, ni de matité.

Toucher: utérus petit, mobile. Ligament large droit infiltré, résistance réelle, mais diffuse. Cul-de-sac gauche indolore, sans résistance.

Urine contient des débris.

Lavage vésical.

Soir : Pas de sensation de froid, ni de frissons. Même sensibilité de la fosse iliaque droite.

Vessie de glace.

4 septembre : T. Matin 38°5. P. 104

T. Soir 38,4. P. 108

Langue, pouls bons. Douleur abdominale persiste. La malade se plaint de douleurs dans la cuisse droite.

Lavage vésical.

5 septembre : T. Matin 38°1. P. 110

T. Soir 38,9. P. 110

Urine beaucoup moins trouble. Sensibilité de la fosse droite semble diminuée, aucune résistance spéciale. Pas d'œdème aux membres inférieurs.

Lavage vésical.

6 septembre : T. Matin 38°4. P. 100

T. Soir 39,6. P. 108

Rien aux poumons. Pas de frissons. Région rénale indolore. Fosse iliaque droite sensible spontanément et à la pression. Per vaginam, toujours infiltration du ligament large droit, sensibilité; pas d'induration, ni de collection rappelant une paramérite. Tiers supérieur de la

cuisse droite un peu augmenté de volume, sensible spontanément et à la pression. Pas de fluctuation profonde appréciable, pas d'infiltration superficielle. Très léger œdème de la région malléolaire. Douleurs lancinantes jusqu'au genou droit.

7 septembre : T. Matin 38°4. P. 102

T. Midi 38,9. P. 108

T. Soir 39,2. P. 116

Pouls un peu petit. Dans le bas de la fosse iliaque droite tout contre le Poupart, parallèle à lui, résistance comme un petit œuf allongé, à limites diffuses, n'arrivant pas à la ligne médiane. Pas de fluctuation nette, pression douloureuse.

Per vaginam, on constate l'infiltration sus-mentionnée dans le ligament large droit.

La malade se sent soulagée par les cataplasmes, qui ont remplacé la glace.

Lavage vésical. Cataplasmes.

8 septembre : T. Matin 38°2. P. 112

T. Soir 39°1. P. 108

Ligament large paraît rétracté à droite, de façon à ce que le cul-de-sac droit est plus étroit que celui de gauche. Dans la partie supérieure du ligament large, infiltration qui se continue avec l'infiltration siégeant au-dessus du Poupart.

Lavage vésical. On reprend la glace.

9 septembre : T. Matin 38°5. P. 84

T. Soir 38,9. P. 104

La malade a beaucoup souffert cette nuit du mollet droit; n'a pu dormir. Léger œdème de la malléole. Mollet droit grossi, tendu, excessivement douloureux au

moindre attouchement. Tiers supérieur de la cuisse un peu enflé. Trajet de la veine fémorale sensible.

Elévation de la jambe; maillots sur le mollet.

Infiltration au-dessus du Poupart moindre, ainsi que la sensibilité. Rien au cœur, ni aux poumons.

Soir : Pouls un peu plus faible.

Tinct. strophanti 10 gouttes.

10 septembre : T. Matin 38°1. P. 98

T. Soir 39,3. P. 112

La malade a dormi. La douleur a beaucoup diminué. Langue humide. Pouls bon. Tiers supérieur de la cuisse reste un peu enflé, sensible. Mollet droit tendu, très sensible. Léger œdème malléolaire. Urine presque claire.

Lavage vésical,

11 septembre : T. Matin 38°3. P. 116

T. Soir 39,1. P. 120

Facies moins bon qu'avant, teint jaune. Langue humide, mais saburrale. Pouls régulier, faible. Ventre ballonné; pas de vomissements, pas de frissons.

Tinct. strophanti 10 gouttes.

12 septembre : T. Matin 37°2. P. 98

T. Soir 38,8. P. 106

Miction deux fois par nuit, presque sans douleur; urine a un léger dépôt.

Lavage vésical.

Infiltration au-dessus du Poupart beaucoup diminuée, de même que la sensibilité.

Toutes deux sont localisées sur le trajet de l'iliaque externe.

Tiers supérieur de la cuisse droite à la racine 57 cm., à gauche (cuisse saine) 50 cm..

Mollet moins sensible. Ventre un peu ballonné; gaz.
Salacétol 1,0 le soir.

13 septembre: T. Matin 37°3. P. 96
T. Soir 37,7. P. 100

La malade a meilleur mine, a bien dormi. Tiers supérieur de la cuisse beaucoup moins sensible. Mollet gros, enflé, moins sensible. Œdème du pied. Miction presque indolore.

Examen de l'urine: *trace d'albumine, quelques cellules de pus. Salacétol 0,1.*

14 septembre: T. Matin 37°2. P. 100
T. Soir 37,4. P. 98

La malade a dormi dans la nuit. Langue bonne. Pouls bon.

Au-dessus du Poupart, il ne reste qu'une légère infiltration sur le trajet de la veine iliaque.

De temps en temps, la malade a la sensation de froid.
Examen du sang: 35 p. cent. d'hémoglobine.

15 septembre: T. Matin 36°9. P. 94
T. Soir 37,6. P. 98

La malade a dormi, n'a plus de douleurs.

16 septembre: T. Matin 37°0. P. 98
T. Soir 37,7. P. 98

Miction encore un peu douloureuse.

17 septembre: T. Matin 37°0. P. 96
T. Soir 38,0. P. 102
T. 8 h. soir 38,7. P. 120

Tiers supérieur de la cuisse, région au-dessus du Poupart, mollet indolores. Encore un peu d'œdème du pied droit. Tiers supérieur de la cuisse droite encore

œdématisé à sa face postérieure. Circonférence de la cuisse droite à la racine 60 cm., à gauche 50 cm. Légère sensibilité de la fosse iliaque gauche. Pouls petit, parfois irrégulier.

Tinct. strophanti deux fois 10 gouttes.

18 septembre : T. Matin 37°8. P. 120

T. Soir 39,3. P. 122

Fosse iliaque gauche sensible, objectivement rien. Tiers supérieur de la cuisse gauche un peu infiltré. Mollet gauche dur, tendu, très douloureux. Pas de frissons.

Tinct. strophanti 10 gouttes.

19 septembre : T. Matin 37°9. P. 100

T. Soir 38,6. P. 130

Mollet gauche toujours dur, tendu, très sensible; mollet droit flasque, indolore, œdème malléolaire aux deux jambes. Dans les deux fosses iliaques, sensibilité. Langue bonne. Miction indolore.

Soir : Pouls régulier, faible. Par moments, sensation de froid.

20 septembre : T. Matin 37°8. P. 100

T. Soir 38,9. P. 120

La malade a mal dormi, se plaint de céphalées. Langue humide, un peu saburrale.

A gauche, légère sensibilité sur le trajet de la veine fémorale. Facies moins bon.

Tinct. strophanti deux fois 10 gouttes.

21 septembre : T. Matin 37°7. P. 110

T. Soir 38,3. P. 100

La malade a bien dormi. Pouls bon. Ventre indolore, un peu sensible au-dessus du Poupart gauche. Tour de cuisse à la racine, à droite 58 cm., à gauche 57 cm.

Le soir la malade se plaint de dyspnée par moments. Cœur non agrandi, tons un peu sourds. Appétit bon.

Tinct. strophanti deux fois 10 gouttes, une poudre de coffein 0,25.

22 septembre : T. Matin 37°0. P. 96

T. Soir 37,5. P. 96

La malade a dormi. Langue, pouls bons. Douleur au-dessus du Poupart gauche moindre.

Tinct. strophanti 10 gouttes.

23 septembre : T. Matin 37°4. P. 96

T. Soir 37,1. P. 96

Miction de nouveau un peu douloureuse. Genou *droit* présente un léger exsudat sans rougeur, ni douleur; de même que le genou *gauche*.

Badigeonnage avec tinct. Iodi.

24 septembre : T. Matin 36°6. P. 90

T. Soir 37,3. P. 96

Œdème de la face postéro-externe des deux cuisses persiste ainsi que l'exsudat des genoux.

25 septembre : T. Matin 36°5. P. 84

T. Soir 36,9. P. 98

La malade a bien dormi. Pouls un peu faible.

On cesse l'application de glace. Tinct. strophanti 10 gouttes. Analyse du sang : hémoglobine 35 p. cent.

26 septembre : T. Matin 36°3. P. 84

T. Soir 36,8. P. 90

Fer. oxalic.

27 septembre : T. Matin 36°6. P. 86

T. Soir 36,8. P. 86

28 septembre : T. Matin 36,8. P. 84

T. Soir 37,1. P. 90

Miction indolore. Urine sans albumine, léger dépôt muco-purulent. Tout œdème et infiltration disparus aux membres inférieurs, à part une légère infiltration de la face postéro-externe des cuisses. Exsudat des genoux presque nul.

Racine de la cuisse gauche 53 cm., celle de la cuisse droite 56 cm.

29 septembre : T. Matin 36°8. P. 90

T. Soir 36,9. P. 96

A partir d'aujourd'hui, entre le 29 septembre et le 16 octobre, jour de sa sortie de la Maternité, les températures varient entre 36°3 le matin et 37°2 le soir. Le pouls se maintient toujours un peu élevé : 80 à 96.

A partir du 1^{er} octobre, la miction est indolore.

Le 3 octobre, tout œdème ou exsudat aux extrémités inférieures a disparu.

Le 10 octobre, la malade s'assied pour la première fois.

Le 12 octobre, elle marche sans peine.

Et le 18 octobre, elle pouvait être considérée comme guérie.

En résumé il s'est agi dans ce cas si compliqué de

Inversion utérine puerpérale totale.

Endométrite puerpérale.

Cystite.

Pyémie.

Thrombophlébite des ligaments larges à droite et à gauche et des extrémités inférieures.

Nous citerons encore quelques cas d'inversion utérine choisis surtout parmi ceux publiés en cours des dernières années, ce qui permettra de comparer les observations que nous avons recueillies avec celles des auteurs précités.

OBSERVATION II

Dr Prüssmann (*Zeit. für Geburtsh. u. Gyn.* 1906, p. 148).

Malade âgée de 32 ans, a eu cinq enfants à terme, un avortement au troisième mois.

Dernièrement, étant enceinte de cinq mois, elle expulsa le fœtus spontanément. Hémorragie peu abondante. Le placenta ne put pas être expulsé.

Quatre semaines après, la malade sentit, à l'occasion d'un effort qu'elle fit, une forte douleur dans le bas-ventre, suivie d'une hémorragie avec expulsion de caillots.

La malade affaiblie dut se mettre au lit. Une semaine après survint une hémorragie tellement abondante qu'un médecin appelé d'urgence ne réussit pas à l'arrêter.

Lorsque arriva le Dr Prüssmann la malade était cireuse, dyspnéique. Il constata dans le vagin une tumeur de la grosseur d'un œuf, rouge foncé, arrivant presque à la vulve. Le placenta était en partie attaché à la tumeur et s'en détacha complètement pendant l'exploration.

Par la palpation abdominale on constata la dépression caractéristique d'une inversion utérine.

Le Dr Prüssmann essaya aussitôt de réduire l'inversion, ne réussit pas, le cervix étant complètement contracté et l'état de la malade devenant grave.

On procéda alors à un tamponnement du vagin pour arrêter l'hémorragie.

La femme mourut une demi-heure après.

Autopsie : Inversion utérine, ovaires entraînés dans la nouvelle cavité.

OBSERVATION III

M. G. Lepage. Inversion utérine se reproduisant quatre jours après l'accouchement. Réduction, guérison.

(Annales de Gyn. T. II Soc. d'obstr. de gyn. et de paed. de Paris p. 761, 1905).

I pare, 34 ans, souffre habituellement au moment de ses règles. Dernières règles, 5 au 10 juin. Au cours de sa grossesse, perte de sang peu abondante dans le courant de janvier.

16 mars, à midi, rupture prématurée des membranes ; à 9 h. du soir, premières contractions utérines douloureuses. Le travail marche lentement. Col complètement effacé le 18 mars, à 11 h. du soir ; 20 mars, à 5 h. 30 du matin, dilatation enfin complète. Bruits du cœur normaux, liquide amniotique opalescent.

6 h. 35, narcose. On termine l'accouchement par une application de forceps. Fœtus pesant 3,500 grammes environ. Déchirure incomplète du périnée

6 h. 55, on tente d'extraire le placenta, tractions sur le cordon. Ecoulement de sang assez considérable. Injection vaginale avec de l'eau très chaude. L'hémorragie s'arrête. Au bout de quelques minutes, nouvelles tractions amènent le placenta suivi d'une tumeur volumineuse à laquelle il adhère : c'est l'utérus complètement inversé.

Décollement rapide du placenta. Réduction de l'utérus facile. Hémorragie peu abondante. Pouls petit, rapide (115).

7 h. 45, du matin, Dr Lepage constate l'état de la malade satisfaisant : un peu pâle et angoissée ; pouls rapide.

Utérus bien contracté, remonte à quatre doigts au-dessus du pubis. Ecoulement sanguin insignifiant.

Injection de sérum artificiel 500 cm. cubes ; injection hypodermique de chlorhydrate de morphine 0,01, pour calmer les contractions utérines violentes et continues. Cathétérisme vésical donne 620 grammes d'urine.

(Annales de Gyn. T. II Soc. d'obstr. de gyn. et de paed. de Paris p. 761, 1905).

I pare, 34 ans, souffre habituellement au moment de ses règles. Dernières règles, 5 au 10 juin. Au cours de sa grossesse, perte de sang peu abondante dans le courant de janvier.

16 mars, à midi, rupture prématurée des membranes ; à 9 h. du soir, premières contractions utérines douloureuses. Le travail marche lentement. Col complètement effacé le 18 mars, à 11 h. du soir ; 20 mars, à 5 h. 30 du matin, dilatation enfin complète. Bruits du cœur normaux, liquide amniotique opalescent.

6 h. 35, narcose. On termine l'accouchement par une application de forceps. Fœtus pesant 3,500 grammes environ. Déchirure incomplète du périnée

6 h. 55, on tente d'extraire le placenta, tractions sur le cordon. Écoulement de sang assez considérable. Injection vaginale avec de l'eau très chaude. L'hémorragie s'arrête. Au bout de quelques minutes, nouvelles tractions amènent le placenta suivi d'une tumeur volumineuse à laquelle il adhère : c'est l'utérus complètement inversé.

Décollement rapide du placenta. Réduction de l'utérus facile. Hémorragie peu abondante. Pouls petit, rapide (115).

7 h. 45, du matin, D^r Lepage constate l'état de la malade satisfaisant : un peu pâle et angoissée ; pouls rapide.

Utérus bien contracté, remonte à quatre doigts au-dessus du pubis. Écoulement sanguin insignifiant.

Injection de sérum artificiel 500 cm. cubes ; injection hypodermique de chlorhydrate de morphine 0,01, pour calmer les contractions utérines violentes et continues. Cathétérisme vésical donne 620 grammes d'urine.

21 mars. — T. matin 37°2. P. 120. Douleurs vives dans le bas-ventre. Vessie de glace. 5 heures 30 du soir, léger frisson; T. 37°8. P. 120.

Injection de quinine 0,50. A 10 heures 30 du soir, injection de morphine.

L'exploration du globe utérin est gênée par la contraction de la paroi abdominale.

22 mars. — T. matin 37°3; T. soir 38°0. Contractions utérines et douleurs abdominales persistent. Léger frisson le soir.

23 mars. — T. matin 37°2. Même état douloureux du bas-ventre, en outre, douleurs dans la région ano-péri-néale. Lochies fétides. Injection intra-utérine. En examinant, on ne trouve pas le col de l'utérus. On retire du vagin des débris membraneux fétides; on tombe sur un orifice utérin dilaté, à travers lequel fait saillie une tumeur arrondie, résistante, à surface irrégulière, qui remplit le vagin. Palper et toucher combinés montrent qu'il s'agit de l'utérus inversé.

A 1 heure 30, narcose pour réduire l'utérus. Main droite, introduite dans le vagin, procède à la réduction, tandis que la main gauche, appliquée au-dessus du pubis, déprime la paroi abdominale, maintient et cherche à élargir l'entonnoir formé par l'utérus renversé. Réduction pénible. Taxis central échoue; on tente le taxis latéral, qui réduit l'utérus.

Irrigation au permanganate de potasse 1/2,000. Nettoyage de la cavité utérine avec de l'eau oxygénée. Tamponnement à la gaze salolée. T. soir 37°8,

9 heures du soir, frissons. Injection hypodermique de quinine 1,0

Injection intra-utérine matin et soir, pendant quatre

jours, au permanganate de potasse. Température oscille entre 36°8 et 37°2.

Jours suivants, injections vaginales avec une solution phéniquée 1/200. Suites de couches normales. La malade se leva le 25^{me} jour.

OBSERVATION IV

Dr Robinson (Lancet, août 1905, p. 601).

Inversion utérine complète. Il pare de 20 ans.

L'auteur, appelé le 14 janvier auprès d'une femme qui venait d'accoucher et était mourante, trouva une tumeur sortant du vagin et pendant entre les cuisses de la malade.

Il diagnostiqua une inversion utérine complète avec descente de la voûte du vagin. Placenta ainsi que les membranes fortement adhérentes à la tumeur.

La malade était en état de „shock“ profond. Le Dr Robinson fit avant tout des injections de strychnine, de digitaline et d'ergotine. L'état général s'améliora. Le médecin décolla le placenta et les membranes et réduisit l'utérus inversé.

La réinversion fut difficile. La malade mourut néanmoins au bout de deux heures, en état de „shock“.

OBSERVATION V

Townley. Inversion complète de l'utérus.

(Lancet, décembre 1905, p. 1771.)

Le 8 octobre, le Dr Townley fut appelé d'urgence auprès d'une malade, accouchée depuis 53 heures.

La sage-femme raconta qu'elle avait extrait le placenta par des tractions sur le cordon. Immédiatement

après la délivrance, la malade se plaignit de fortes douleurs utérines.

33 heures après, une tumeur sortit du vagin. La malade se sentit soulagée. Des hémorragies accompagnaient les douleurs.

La sage-femme essaya de faire des tractions sur cette tumeur pour l'éloigner.

La malade s'y opposa à cause de la douleur et réclama un médecin.

Lorsque celui-ci arriva, il examina la malade et constata une grosse tumeur sortant du vagin ; il reconnut une inversion utérine complète.

Après une heure de travail en narcose, la réduction eut lieu. Injection utérine avec une solution phéniquée. Le médecin tamponna le vagin et laissa le tampon en place jusqu'au lendemain.

La malade eut de la fièvre pendant une semaine.

Durant tout ce temps, la langue resta bonne. Pas d'anorexie. La malade se remit rapidement.

OBSERVATION VI

M. Bruel, de Louvres (Bulletin de la Soc. d'Obst. de Paris, février 1903).

Inversion spontanée de l'utérus.

M^{me} X... II pare, accouchement très rapide, les douleurs ayant débuté à 4 heures, et la délivrance ayant eu lieu à 5 heures, 15. Contractions utérines d'une grande violence. La tête très grosse était en O. I. D. A.

Cinq minutes après la naissance de l'enfant, alors que ni le médecin, ni la sage-femme n'avaient rien fait pour aider à la sortie du placenta : ni tractions, ni expression, la femme fut prise d'une contraction utérine

d'une violence extrême, se tordant et se soulevant sur son lit. On vit le placenta apparaître à la vulve ; pas de tractions, bien que le placenta parût être dans le vagin.

Nouvelle douleur très faible qui expulse le placenta au complet. Ouverture des membranes ronde, non déchiquetée. Hémorragie très abondante. Le médecin chercha le globe utérin, pour le masser. Impossible de le trouver dans le ventre.

On sent alors au-dessus du pubis un corps dur ayant la forme d'un disque ; la main droite, introduite dans le vagin, fut arrêtée par un corps qui y faisait saillie ; on sentait la partie vaginale du col au fond du vagin. Le médecin diagnostiqua, une inversion incomplète de l'utérus.

La main gauche restant toujours sur le ventre, de la main droite il refoula doucement le corps utérin ; sa main fut, comme par aspiration, entraînée très loin dans le ventre. La réduction était faite et la main gauche sentit alors le globe utérin contracté et porté à droite. Hémorragie abondante. La malade, pâle, se sentit mal.

Après la sortie de la main droite du vagin, l'hémorragie cessa brusquement. Traitement nul, pas même de piqûre d'ergotine, le médecin ne voulant pas irriter l'utérus.

Les suites furent heureuses et la femme put se lever au bout de trois semaines.

OBSERVATION VII

D^r Bar (Bulletin de la Soc. d'Obst. de Paris. 15 mai 1902).

I pare, âgée de 19 ans, accouchée la nuit du 17 au 18 février, à 5 heures du matin ; on cherche du secours à l'hôpital Saint-Antoine.

L'interne de service trouva la malade pâle, les yeux vitreux, les extrémités froides, le pouls était imperceptible.

L'utérus inversé, ainsi que la paroi antérieure du vagin, faisait prolapsus à la vulve, le placenta et les membranes le recouvraient; au-dessus d'eux de nombreux caillots.

Placenta, membranes furent détachés. Ils pesaient, avec les caillots qui leur adhéraient, 1250 grammes, plus 1650 grammes de sang qu'on recueillit.

Réduction de l'utérus facile. On le repoussa en bloc. Utérus inerte, même après la réduction. L'hémorragie cessa, mais la malade resta dans le collapsus et mourut quelques minutes après.

Autopsie : Utérus réduit; son corps surplombait le bord supérieur du pubis. Ligament rond, du côté gauche très élevé. Ovaire droit apparent, situé bas. Utérus fortement incliné sur son bord droit, tourné en avant.

OBSERVATION VIII

Dr Bar^x (Bulletin de la Soc. d'Obst. de Paris, 16 janvier 1902).

Malade accouchée et délivrée en ville. Un médecin, appelé vers elle, diagnostiqua une inversion utérine. Après désinfection, il décolla le placenta et les membranes de la tumeur. Pas d'hémorragie. Il réduisit l'utérus et fit un tamponnement.

C'est alors que la femme fut transportée à l'hôpital Saint-Antoine.

Quand la malade arriva, elle était pâle, sans pouls. Point d'hémorragie. On s'appretait à lui faire une injection de sérum, quand, tout à coup, dix minutes après son entrée, apnée complète et mort.

Autopsie : Cœur vide de sang. Les deux ventricules contractés. Oreillettes vides. D'une manière générale, le cadavre était anémié, cependant, pas si exangue que si la mort avait eu lieu par hémorragie.

La mort fut essentiellement provoquée par syncope ou, pour employer une expression vieille et imagée, par une crise soudaine de spasme cardiaque survenue au cours d'une hémorragie, plutôt que par l'hémorragie elle-même.

OBSERVATION IX

Dr Maygrier (Thèse Sicard, Paris, 1892).

M^{me} M... I pare, accouchée le 31 janvier.

Grossesse normale; travail long et pénible. Période de début douloureuse, dure 12 heures. Période d'expulsion facile, dure 3 heures.

Enfant, en O. I. D. P. Tête volumineuse. On fait la narcose et on applique le forceps.

Dix minutes après, placenta en partie dans le vagin. Le médecin ayant appliqué sa main sur l'abdomen, constate que le fond de l'utérus est déprimé. Délivrance facile.

Toucher vaginal: on trouve dans le vagin une tumeur arrondie, molle, qui est l'utérus inversé, le col n'est pas renversé, mais il enserre fortement la tumeur. On se trouve en présence d'une inversion incomplète du deuxième degré.

Pas d'hémorragie.

On n'a pas fait de tractions sur le cordon, ni d'expression utérine.

Le renversement de la matrice s'est fait d'une façon spontanée.

On fait une courte narcose et on réduit facilement l'inversion.

La malade guérit.

OBSERVATION X

M. Abegg (Centralbl. f. Gyn., 20 mai 1892).

Femme de 23 ans, I pare, sentit après l'accouchement un violent besoin d'aller à la garde-robe. Hémorragie avec syncope.

Le deuxième jour, apparition d'une tumeur à la vulve : inversion au troisième degré. Tentative infructueuse de réduction par taxis. Pendant trois semaines, on ne fit plus rien.

20 mars.— Introduction d'un kolpeurynter dans lequel on fait pénétrer chaque jour une quantité d'eau croissante.

23 mars. — En présence d'un écoulement sanguin assez considérable, on retire le kolpeurynter. Injection et tamponnement iodoformé.

24 mars. — Le soir, nouvelle introduction du kolpeurynter.

25 mars. — De nouveau tentative infructueuse de réduction par taxis. Injection, puis introduction d'un ballon gonflé autant que possible.

26 mars. — A 3 heures du matin, douleurs violentes du ventre. On retire un tiers de litre d'eau du ballon. Le matin, on retire le ballon et on ne voit plus le fond de l'utérus.

La malade quitte l'hôpital le 29 mars.

Le col est fermé. Pas d'écoulement, pas de sensibilité.

OBSERVATION XI

Dr Maygrier (Thèse Sicard, Paris, 1892).

(Adhérence des membranes de l'œuf à la paroi utérine, constatée de visu, dans un cas d'inversion de l'utérus, survenue pendant la délivrance, chez une femme agonisante.)

M^{me} B..., âgée de 22 ans, a eu déjà six grossesses normales. Dernières règles du 7 au 12 février, entre à la Maternité de la Pitié le 11 novembre.

Dans les trois derniers mois, hémorragies peu abondantes, mais très fréquentes. La veille de son entrée à la Pitié, perte de sang très considérable.

A son entrée, état général très mauvais, pâle et très anémiée. Hémorragie abondante.

Examen : l'enfant se présente par la tête, on entend bien les bruits du cœur fœtal.

Toucher vaginal : dilatation de deux fracs, insertion du placenta sur la partie latérale gauche du segment inférieur.

Pas d'albumine dans les urines.

Plusieurs injections chaudes à 50°.

L'état de la malade s'aggrave ; elle est dans un état comateux ; battements fœtaux se ralentissent, contractions utérines s'arrêtent, mais l'hémorragie continue toujours.

Le docteur précipite l'accouchement et comme l'enfant ne donne plus signe de vie, fait rapidement la basiotripsie et pratique la délivrance artificielle.

En amenant le placenta au dehors, il a la sensation d'un corps étranger qui accompagne les membranes, c'est la paroi même de l'utérus qui, cédant à la traction, s'inverse et suit les membranes. Le renversement du

globe utérin suit la sortie de la main. L'inversion utérine est complète de visu. Le décollement se fait à la main et offre à la traction une certaine résistance.

On pratique alors la réduction de l'utérus; malheureusement, la femme qui était agonisante au début de l'opération, meurt épuisée par la grande quantité de sang qu'elle avait perdu depuis deux jours.

OBSERVATION XII

Sicard (Thèse de Paris, 1892). Inversion complète.

Il père, âgé de 27 ans.

Le travail a débuté le 4 novembre, à 9 heures du soir. Accouchement par le sommet, à 4 heures du matin. Au bout d'une demi-heure la délivrance ne se faisant pas, la sage-femme tire sur le cordon; puis, sous l'influence combinée d'une forte contraction de l'utérus et des tractions sur le cordon, il paraît hors de la vulve une masse énorme avec des caillots. Hémorragie formidable, suivie de lypothimies et de syncopes. Croyant à la sortie du placenta, la sage-femme essaie de le dégager, elle n'y peut parvenir; le toucher seul de cette masse occasionne de très violentes douleurs.

Le Dr Pallier, appelé à 5 heures et demie (une heure et demie après l'accouchement) diagnostiqua immédiatement: inversion de l'utérus recouvert du placenta. Après les précautions antiseptiques d'usage, il détacha le placenta, cotylédon par cotylédon, ce qui se fit avec une extrême difficulté. Puis il tenta de réduire l'utérus, ce qui fut impossible, la malade étant dans un état syncopal, et toute tentative de taxis donnant lieu à des douleurs d'une violence extrême.

La malade fut alors amenée sur un brancard à la Ma-

ternité de l'hôpital à Lariboisière, où elle mourut quelques minutes après son arrivée, au moment où l'interne de la Maternité se préparait à tenter le taxis.

Autopsie : sujet complètement exangue, de petite taille, le bassin justo-minor, on atteignait aisément le promontoire : quelques signes de rachitisme très nets, tibias assez droits, mais fémurs et clavicules déformés, dentition presque entièrement disparue.

L'utérus inversé pendait hors de la vulve, ayant la forme d'une grosse tumeur, de couleur rouge vif, mou et pulpeux. Tumeur de 15 centimètres, de son fond à l'arcade pubienne, régulièrement piriforme, à grosse extrémité, tournée en bas, aplatie légèrement d'avant en arrière. Vagin pas inversé; entre la tumeur et la paroi vaginale gouttière, circulaire de 7 cm. en avant, de 8 cm. et demi en arrière. Col également retourné, la descente de la masse entière n'est limitée que par les ligaments larges tirés en bas et formant, dans la dépression utérine, le cul-de-fiole de Mauriceau, un V à ouverture supérieure entre les branches duquel les deux ovaires très congestionnés. Cet infundibulum se reconnaît parfaitement avec les caractères classiques. Place normale de l'utérus remplie par des anses intestinales qui s'y sont précipitées : toutes très mobiles, aucune pincée dans cet infundibulum, ni entraînée avec lui.

Placenta à poids minime, mais étalé en galette, aplati et à diamètres très grands.

Cordon de longueur normale, mais aminci et tirillé; membranes par place déchirées, ce qui permet de conclure que des tractions très énergiques ont été pratiquées. Son insertion au fond de l'utérus était absolue, occupant le pôle supérieur du globe utérin.

OBSERVATION XIII

M. Murray (Edinburg, Méd. Journal, avril 1883).

Femme âgée de 40 ans, accouchée de son septième, enfant. 24 heures après l'accouchement, l'auteur trouva une inversion utérine, presque complète, le fond de l'utérus faisant saillie dans le vagin. Réduction de l'utérus aisément pratiquée et l'on applique un bandage pour empêcher la récurrence. Néanmoins, le lendemain, l'auteur retrouve les choses comme la veille; il applique un pessaire pour immobiliser l'utérus, précaution inutile: aucune forme de pessaire n'empêche l'inversion utérine de se reproduire. Le quatrième jour, symptômes généraux graves. A partir de ce moment, il devient évident que la partie inversée de l'utérus se gangrène et qu'il se fixe dans sa situation nouvelle sans pouvoir reprendre sa position initiale. Le quatorzième jour, l'auteur se décide à amputer l'utérus; mais au moment où il se dispose à commencer l'opération, il constate que, pendant la nuit, toute la portion sphacélée du corps s'est spontanément éliminée. Des injections phéniquées suffirent à guérir rapidement la malade.

OBSERVATION XIV

Weiss (Thèse, Paris, 1873. Extr. de la gaz. Hôp. 1842).

Une paysanne italienne, Rosa Gozzola (38 ans, accouchée à terme de son cinquième enfant (20 janvier 1837). L'expulsion du placenta est suivie de douleurs utérines intenses et de pesanteur dans le vagin. La commère, soi-disant sage-femme, Rosa Bertorelli, explore et annonce la présence d'un second enfant. Elle ajoute qu'il fallait le chercher puisqu'il ne sortait pas assez

vite, se met à l'œuvre, introduit une main dans le vagin, dit saisir l'enfant, et tire avec force. La malade se sent déchirer, mais quatre hommes la maintiennent.

Après de nombreux efforts, le siège, dit la commère, apparait et, pour tirer le reste, elle s'attelle avec un mouchoir.

Une hémorragie épouvantable suit la manœuvre; syncope. Le Dr Percecchi arrive et trouve la mère dans un état effrayant, presque un cadavre : pouls imperceptible, lypothymies répétées, anses intestinales débordant de la vulve, vagin plein de caillots. Il court examiner le second fœtus et reste saisi devant l'utérus et ses annexes. Grâce à des soins parfaits, la malade se remet pourtant.

La commère est condamnée à un mois de prison et à 30 francs d'amende.

OBSERVATION XV

Dénucé (Traité de l'inversion utérine. Obs. de Baudelocque, 1790).

Le 9 mars 1790, une jeune femme impatiente de mettre un terme à ses douleurs lorsqu'elle sentit la tête au passage, au lieu de modérer ses efforts et de n'en faire que pendant les contractions utérines, comme le lui commandait le Dr Baudelocque, en fit de plus grands et de plus prolongés, qui jetèrent rapidement l'enfant sur le lit avec le placenta; le fond de la matrice était dans le vagin.

Le cordon, il est vrai dans ce cas, était enroulé et raccourci et avait pu, pour sa part, contribuer au premier temps de l'inversion.

CHAPITRE X

En parcourant les quinze cas que nous relatons ici, on est frappé d'emblée de la *gravité* de l'inversion utérine qui entraîna six fois la mort peu de temps après l'accident, soit par suite d'hémorragie, soit par suite de „shock“ ; la guérison survint huit fois (dans un cas les renseignements manquent), plus ou moins longtemps après l'accouchement, accompagnée parfois de complications dangereuses, comme chez notre malade.

Les *causes* sont, du côté de la mère, fréquemment une pression intense due soit à des efforts actifs, soit à des contractions spécialement violentes de l'utérus ; du côté de la sage-femme ou du médecin, fréquemment aussi des tractions exercées à tort sur le cordon ou la manœuvre de Credé, pratiquée d'une manière trop énergique ou trop hâtive.

Une circonstance qui semble jouer un rôle prépondérant dans la formation de l'inversion utérine, c'est l'*adhérence du placenta* ou des membranes, relatée huit fois sur quinze cas.

L'étude des cas que nous venons de citer permet les conclusions suivantes :

1. L'inversion utérine est une affection rare.
2. Elle survient, en général, de suite ou peu après l'accouchement.
3. Cette affection est due à une atonie du muscle utérin.
4. Elle est favorisée :

a) Par des violences externes telles que : tractions sur le cordon, accouchement debout, manœuvre de Credé pratiquée trop tôt ou trop fort ;

b) par des facteurs dépendant de la malade elle-même : pression abdominale trop intense, contractions utérines trop violentes ;

c) par la brièveté du cordon, par l'adhérence du placenta.

5. Elle peut présenter plusieurs degrés, dont les deux premiers (cupule et duplication de la paroi) ne présentent pas d'intérêt clinique, étant rarement diagnostiqués et ne nécessitant pas de traitement spécial ; l'inversion intra-vaginale et extra-vaginale sont les seules importantes.

6. Les symptômes de l'inversion utérine puerpérale des deux derniers degrés sont : tumeur, hémorragie, absence de l'utérus dans l'abdomen état général très grave.

7. Le diagnostic ne présente pas de difficulté, vu les signes distinctifs nets.

8. Le pronostic est très sérieux. Abandonnée à elle-même, l'inversion utérine intra ou extra-vaginale amène la mort plus ou moins rapidement.

9. Une prophylaxie efficace consistera à veiller à ce que les contractions utérines ne soient pas trop violentes ou trop rapprochées en prescrivant des calmants ;

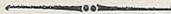
à interdire à l'accouchée de continuer à pousser ;
à prohiber totalement les tractions sur le cordon ;
à ne pratiquer la manœuvre de Credé qu'après

une demi-heure (sauf indication contraire, hémorragie, etc.) et avec ménagement.

10. Le traitement consistera avant tout en taxis manuel; la réduction par voie opératoire ne sera entreprise que lorsque le taxis aura échoué.

11. Lorsque l'état de la malade le permet, on aura recours, avant toute intervention opératoire, à la reposition lente au moyen d'un *kolpeurynter*.

12. Les procédés opératoires mutilants ne seront appliqués que dans les cas extrêmes, où l'état de l'utérus et le danger que court la malade ne permettent pas de faire le taxis ou la réduction opératoire.



BIBLIOGRAPHIE

1. *Acquaviva*. — Contribution à l'étude des variétés de l'inversion utérine. Leur traitement chirurgical et en particulier l'hystérectomie vaginale. Thèse, Montpellier, 1899.
2. *Alexander*. — Zur Inversion des Uterus durch Geschwülste. Archiv. für Gynækologie, Bd. 53 e. p. 439, 1899.
3. *Award*. — Traité de Gynécologie.
4. *P. Bar*. — Remarques sur l'inversion utérine, 1901.
5. *P. Bar*. — Un nouveau cas d'inversion utérine, 1902.
6. *Barnes*. — British. med. Journ., 1879, p. 359.
7. *Beckmann*. — Zur Ätiologie der Inversio uteri post partum. Eine klinisch-statistische Studie. St.-Petersburg Zeitschrift f. Geburtsh., 1895, XXXI. Bd., p. 371.
8. *Bonte*. — Inversion utérine irréductible. Nouveau procédé de traitement chirurgical conservateur. Thèse, Lille, 1900.
9. *Brasseur*. — L'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale irréductible. Thèse, Paris, 1895.
10. *Dénucé*. — Traité de l'inversion utérine. Paris, 1883.
11. *Delteil*. — Des corps fibreux de l'utérus avec inversion (diagnostic et traitement). Thèse, Paris, 1890.
12. *Furst*. — Zur Ätiologie der Inversio uteri. Arch. für Gynæc. Bd. XX, 1882, S. 425.
13. *Fresson*. — Indication et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine. Thèse, Paris, 1902.
14. — *Grabie*. — Contribution à l'étude de l'inversion utérine récente puerpérale. Thèse, Paris, 1903.
15. *Graul*. — Beitrag zur Inversio uteri durch Geschwülste. Dissertation, Jena, 1904.
16. *Hagemann*. — Inversio uteri chronica. Dissertation, Berlin, 1891.
17. *V. Herff*. — Zur Mechanik der Inversio uteri. Med. W., 1895.

18. *Hoch.* — Ueber Inversio uteri. Inaug. Dissert. Hagenau, 1899.
19. *Hollscher.* — Ein Fall von Inversio uteri puerperalis. Inaug. Dissert. 1899.
20. *Küstner.* — Methode konservierender Behandlung der inveterierten. Invers. ut. puerp. Centralbl. f. Gyn. XVII, 1893.
21. *Kehrer.* — Centralbl. f. Gyn. 1898, № 12.
22. *Mackenrodt.* — Inversion partielle de l'utérus par myome. Obs. (Zeitschrift f. Geb. et Gyn. p. 145, 1896).
23. *Pozzi.* — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.
24. *Persin.* — Traitement conservateur de l'inversion chronique de l'utérus. Thèse, Montpellier, 1896.
25. *Prussmann.* — Obs. Inversio uteri post abortum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. p. 148, 1906.
26. *Robinson.* — The Lancet. II T. P. 1771, 1905.
27. *Schauta.* — Die Ätiologie der Inversio uteri. Wiener klinische Wochenschrift 1903, S. 812.
28. *Sicard.* — Contribution à l'étude de l'inversion récente puerpérale. Thèse, Paris, 1892.
29. *Siebert.* — Ein Fall von partieller Inversion des Uterus bedingt durch ein submucöses Myom. Inaug. Dissert., Leipzig 1900.
30. *Taste.* — Inversion utérine (Indication et traitement). Thèse, Lyon, 1897.
31. *Thomee.* — Die Behandlung der Inversio uteri chronica puerperalis. Thèse, Lerdén, 1894.
32. *Townley.* — Obs. The Lancet II, T. P. 601, 1905.
33. *Vogel.* — Beitrag zur Lehre von der Inversio uteri, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., 1900.
34. *Veit.* — Handbuch der Gyn. 1897, II.

