

CHAPITRE III

INVERSION DE L'UTÉRUS.

Définition, division. — Pathogénie et étiologie. — Anatomie pathologique. Inversion récente puerpérale. Inversion chronique. — Symptômes. — Diagnostic avec : polype; inversion accompagnant un polype; prolapsus simple. — Marche et pronostic. — Traitement. Procédés de force. Réduction manuelle. Taxis avec des instruments. Laparotomie et réduction par la voie péritonéale. Procédés de douceur. Pression continue par le pessaire à air, le colpeurynter, le pessaire à compression élastique, le tamponnement à la gaze iodoformée. Hystérectomie partielle. Écraseur linéaire, clamp; anse galvano-caustique; ligature lente, élastique; ligature à traction élastique. Hystérectomie partielle à l'instrument tranchant. Hystérectomie totale.

Définition. Division.

On désigne, sous le nom d'inversion de l'utérus le renversement de l'organe sur lui-même, en invagination, de telle sorte 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.

Les premiers stades de cette inversion échappent ordinairement à l'observation et peuvent, du reste, n'être que temporaires. Il faut que

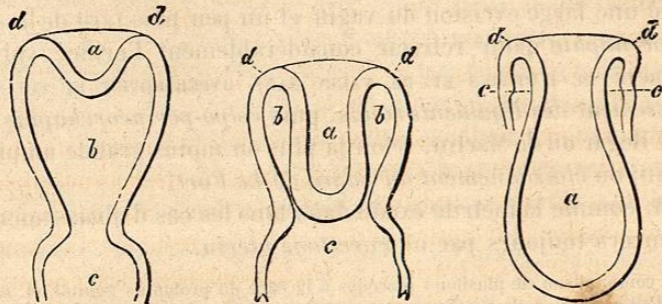


Fig. 297. — Inversion de l'utérus.

Figure schématique montrant les trois degrés; a, fond inversé; b, cavité utérine; c, vagin; d, bord supérieur de la dépression formée par le fond inversé.

le fond de l'organe franchisse le col et forme une tumeur appréciable au toucher ou à la vue, pour attirer l'attention du clinicien. Les divers degrés antérieurs admis et figurés par les auteurs classiques (fig. 297) n'ont donc qu'un intérêt théorique. La distinction en inversion complète et incomplète n'est pas beaucoup plus importante : le

renversement complet, celui où il n'existe plus de rebord dû à la saillie cervicale, est tellement rare qu'on n'en cite que des exemples contestés; ils ne méritent pas qu'on crée pour eux une classe spéciale.

La seule division utile en clinique est celle de l'inversion simple (fig. 298) et de l'inversion avec prolapsus (fig. 299).

Pathogénie. Étiologie. — Pour que l'inversion de l'utérus se produise, il faut qu'une partie du corps, devenue inerte, donne prise aux contractions de la portion du muscle utérin située au-dessous de lui. Ces conditions se trouvent remplies dans deux circonstances différentes : après l'accouchement, ou par suite de la présence d'un corps fibreux pointant vers la cavité. Dans l'une et l'autre de ces circonstances, en effet, l'utérus est hypertrophié et dilaté; dans l'une et l'autre, une zone de sa surface est inerte et déprimée. Dans le cas d'accouchement, c'est la région où s'implantait le placenta, si bien que Rokitansky¹ a pu décrire l'affection comme une « paralysie de la zone placentaire »; dans les cas de fibrome, c'est la surface d'implantation

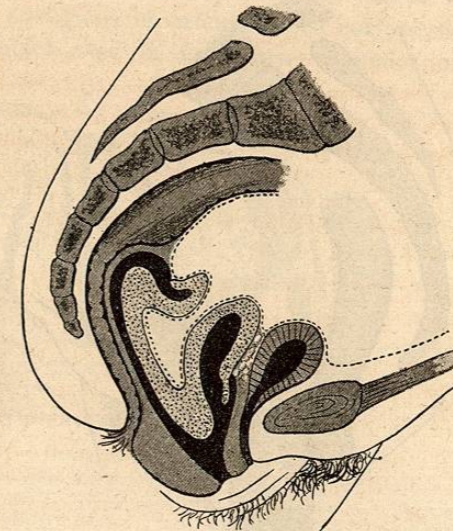


Fig. 298. — Inversion de l'utérus avec abaissement, sans prolapsus.

de la tumeur. Une traction exercée d'en bas sur le cordon, une impulsion d'en haut provenant d'un effort exagéré des parois abdominales en cas d'inertie utérine; peuvent, dans ces cas-là, amener la dépression du fond de l'utérus; si le reste de l'organe est alors en train de se contracter, la portion déprimée est, pour ainsi dire, saisie et un mouvement automatique, comparable à celui de la déglutition, l'amène invinciblement à passer par le col utérin; il faut, en effet, le remarquer, un commencement de renversement passif donne aussitôt prise à des contractions dont la direction se trouve renversée.

Au nombre des causes efficientes les plus habituelles, on doit mentionner : la brièveté du cordon, les tractions excessives exercées sur le placenta, les adhérences anormales de cet organe ou son insertion

¹ ROKITANSKY, cité par HART et BARBOUR. *Manuel de gyn.*, trad. franç., 1886, p. 411.

Pathogénie et étiologie.

Accouchements Polypes.

Causes efficientes.

au fond de l'utérus, l'accouchement dans la station debout. L'inversion partielle s'est alors souvent effectuée à l'insu de l'accoucheur; puis l'utérus, dont le fond s'est déprimé « en cul de bouteille » (Mauriceau), continue sa descente dans les premiers jours qui suivent la délivrance, et l'inversion, qui est effective depuis le premier moment, ne devient apparente qu'au bout de quelques jours. L'apparition se fait parfois d'une façon lente et insensible, parfois brusquement.

Cette origine puerpérale est la plus fréquente. Cross¹, sur 400 cas d'inversion, en a trouvé 350 consécutifs à l'accouchement et 50 aux

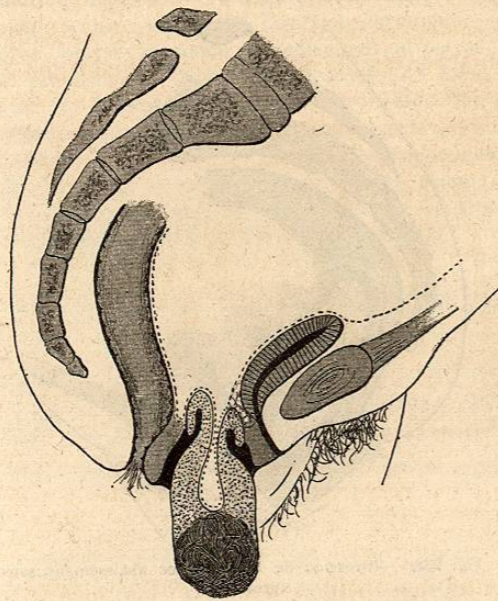


Fig. 299. — Inversion de l'utérus et prolapsus causés par un corps fibreux.

L'inversion est une affection rare. Beigel, après des recherches statistiques, a trouvé qu'on la rencontre 1 fois sur 190 000 accouchements.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Une distinction importante est celle entre les inversions récentes puerpérales et les inversions chroniques. L'état tout particulier de l'utérus au moment de l'accouchement établit une différence radicale entre ces deux affections.

Dans la première, il existe une variété de renversement qu'on pourrait appeler aigu, accident formidable qui amène la mort par hémorrhagie foudroyante. Je n'ai pas à m'étendre ici sur cette espèce clinique, qui est essentiellement obstétricale.

Par inversion récente puerpérale, je n'entendrai que les cas où

¹ Cross. *An essay, literary and practical, on inversio uteri* (Trans. provinc. med. and surg. Assoc., Londres, 1845).

polypes. Cette dernière cause vient en seconde ligne. Les corps fibreux, les fibro-sarcomes insérés au fond de l'utérus, spécialement ceux qui ont été l'objet de tentatives de traction, peuvent causer l'inversion, même chez les nullipares. On sait que la présence de ces tumeurs met la matrice dans un état d'hypertrophie et de vascularisation qui la rapproche sensiblement de l'état gravide (grossesse fibreuse).

L'apparition de la tumeur constitue le phénomène principal auquel on est appelé à porter remède, et se présente au chirurgien dans une période qui suit de près l'accouchement (un mois et demi, en moyenne) et où l'involution utérine peut ne pas être terminée. Par inversion chronique, je désignerai les cas plus anciens.

Dans l'inversion récente puerpérale, la cupule formée par la dépression du fond de l'utérus est ordinairement très prononcée et contient les trompes, les ovaires et parfois des anses intestinales (fig. 500). Plus tard, cette cavité s'efface, et il ne reste qu'une simple fente. La tumeur utérine est assez grosse; son tissu, qui n'a pas encore subi l'involution complète, est spongieux et vasculaire. Sa surface molle et tomenteuse est en contact avec la muqueuse vaginale; on y

Inversion récente puerpérale.

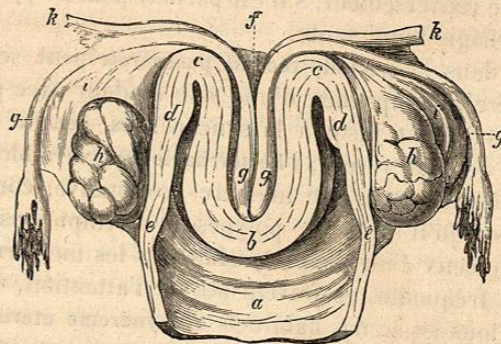


Fig. 500. — Inversion de l'utérus.

a. Vagin. — b. Fond de l'utérus. — c, c. Bords supérieurs de l'inversion. — d, d. Portion du col non inversé. — f. Cul-de-sac formé par le retournement du fond utérin. — g, g. Trompes entraînées par l'inversion. — h, h. Ligaments ronds. — i, i. Ligaments larges.

découvre, à un examen attentif, deux petites ouvertures latérales très étroites, distantes d'environ 2 centimètres, dans lesquelles on peut parfois engager des soies de sanglier; ce sont les ouvertures des trompes. La partie supérieure de cette tumeur, qui est piriforme, est sertie par l'anneau cervical; quand celui-ci prend part au renversement, il le fait inégalement, plus en arrière qu'en avant, et le cul-de-sac antérieur conserve une profondeur plus grande que le cul-de-sac postérieur. On peut observer sur la muqueuse utérine les lésions macroscopiques et microscopiques de l'endométrite glandulaire.

L'inversion chronique sans prolapsus forme une tumeur qui ressemble beaucoup par l'aspect et la consistance, à un polype fibreux; le pédicule est simulé par la portion étranglée du corps utérin qui passe par la filière du col. Celui-ci reste dans sa position normale; dans les cas, très exceptionnels, où l'inversion est complète, le bourrelet cervical a disparu et la muqueuse utérine et vaginale se continuent directement sans relief intermédiaire.

Inversion chronique.

La muqueuse qui revêt la tumeur utérine dans l'inversion chronique a souvent pris les caractères extérieurs de celle du vagin, et ses glandes disparaissent en grande partie (Schröder).

Ulcérations L'inversion chronique avec prolapsus, très rare, peut s'accompagner d'ulcérations, à la suite du frottement et de l'irritation; la muqueuse se cutanise par production, à sa surface, de couches d'épithélium pavimenteux.

Gangrène. On a cité des cas où l'utérus inversé a été éliminé par gangrène; c'est une sorte de guérison spontanée.

Symptômes. — Je ne parlerai pas de l'inversion aiguë au moment de l'accouchement, qu'il n'est pas possible de méconnaître pour peu qu'on examine la malade avec quelque attention¹. On doit être prévenu que ce renversement, s'il est partiel, peut ne pas s'accompagner d'hémorrhagie inquiétante.

L'inversion dans la période récente puerpérale peut se faire brusquement et être accompagnée d'une vive douleur avec phénomènes réflexes graves, allant jusqu'à la syncope. La douleur a pourtant manqué dans des cas rares²; l'hémorrhagie est variable. Si l'inversion se fait lentement, d'une manière progressive, comme c'est le cas habituel lorsqu'il s'agit de polypes, les symptômes peuvent ne pas différer de ceux d'un simple prolapsus; les métrorrhagies sont pourtant plus fréquentes et doivent attirer l'attention. On a noté en même temps tous les signes habituels du syndrome utérin: douleurs, leucorrhée, symptômes réflexes du côté du tube digestif et du système nerveux, enfin quelques phénomènes de compression du rectum et de la vessie.

La tumeur formée par le globe utérin ressemble beaucoup à un polype: mais la palpation bi-manuelle permet de s'assurer que l'utérus n'est pas derrière le pubis et que c'est lui qui remplit le vagin.

Les signes de l'inversion peuvent se combiner avec celui d'un prolapsus; les observations de ce genre sont d'une excessive rareté³.

Diagnostic. — On peut commettre deux erreurs: prendre une inversion simple pour une tumeur (polype) ou méconnaître une inversion compliquée de tumeur.

Polype. Toutes les fois qu'un polype présumé présente un large pédicule,

¹ W. JAGGARD (*Soc. gyn. de Chicago*, 19 nov. 1886, anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 402) a rapporté un cas où une inversion datant de l'accouchement fut méconnue et où les accidents observés furent attribués à l'état puerpéral, les médecins s'étant abstenus d'examiner la malade de crainte de l'infecter!

² HOMOLLE et MARTIN. *Annal. de gyn.*, 1875, t. III, p. 214.

³ MAC CLINTOCK (*Diseases of women*, Dublin, 1863, p. 97) en a figuré un exemple. — SCHRÖDER (*Mal. des org. gén. de la femme*, trad. franç., 1886, p. 220) en a représenté un autre. — F. S. BARBER. *Case of inversion of the uterus with complete prolapse* (*Lancet*, 1887, t. II, p. 660).

il faudra redouter l'une ou l'autre de ces confusions. Certains signes positifs permettront de l'éviter. L'absence du globe utérin derrière le pubis, constatée par le toucher rectal et la palpation hypogastrique, ainsi que par le cathétérisme vésical; la présence d'un bourrelet circulaire en forme de rainure tout autour de la tumeur, en arrière duquel la sonde ne peut pénétrer; enfin, parfois, la possibilité de reconnaître les orifices des trompes, sont les signes propres à l'inversion simple.

L'inversion accompagnant un polype est plus difficile à reconnaître, et l'on se trouve souvent embarrassé de déterminer ce qui appartient à l'un ou l'autre. On a donné comme signe distinctif la sensibilité de la muqueuse utérine, en opposition avec l'insensibilité de la surface du corps fibreux (Tillaux, Guéniot, Gosselin). Ce signe a été contesté¹ et il n'a évidemment pas une valeur pathognomonique. La souplesse plus grande, la couleur plus foncée du tissu utérin, ne sont que de faibles indices; il en est de même du degré de consistance apprécié avec une épingle. Si l'étude très attentive de la région, faite pendant l'anesthésie, laissait persister des doutes, je crois qu'il serait indiqué, après avoir jeté une ligature élastique provisoire sur le pédicule, d'inciser couche par couche la surface de la tumeur à une épaisseur suffisante pour s'assurer qu'elle ne renferme pas de fibrome; si l'on arrivait ainsi dans la capsule d'un corps fibreux, on l'énucléerait avec des instruments mousses, après quoi on ferait un tamponnement iodoformé et l'on réduirait l'inversion. Si l'incision donnait un résultat négatif, on la refermerait soigneusement par une suture en surjet à étages superposés ou par une série de sutures profondes, avant d'enlever la ligature hémostatique. Cette exploration n'offrirait pas de dangers et mettrait à l'abri des fâcheuses surprises qu'ont éprouvées les chirurgiens qui, en pareil cas, ont procédé d'emblée à l'ablation totale de la tumeur.

Le prolapsus simple de l'utérus ne peut longtemps faire hésiter le diagnostic; l'effacement des culs-de-sac du vagin, la présence de l'orifice utérin au sommet de la tumeur, la possibilité d'y enfoncer la sonde à une distance ordinairement exagérée, permettront de le reconnaître; la déviation ou l'oblitération de l'orifice du col et la coexistence d'une tumeur fibreuse pourraient donner le change; on doit être prévenu de cette éventualité.

Pronostic. — La lésion, une fois acquise, tend généralement à s'aggraver; de plus, les hémorrhagies, la leucorrhée, la douleur

¹ LEPRÉVOST. *Inversion utérine irréductible*, etc. Rapport de TILLAUX (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, juin 1888, p. 505). — BERGER et RIBEMONT (*Annal. d'hygiène et de méd. légale*, 1882, t. VIII, p. 521) ont, du reste, constaté, dans des expériences faites à Lourcine, que la muqueuse utérine est insensible à l'état normal.

épuisent les malades. Il ne faut guère compter sur les cas heureux où l'on a vu la réduction spontanée s'effectuer¹ ni sur ceux, plus exceptionnels encore et non dépourvus de danger, où l'élimination s'est faite par gangrène. On ne doit pas ignorer, cependant, qu'une tolérance remarquable peut s'établir, même pour des lésions très accusées.

Traitement.

Traitement. — Plus on est rapproché du début de l'accident, plus la réduction est facile. Immédiatement après la délivrance, quand on se sera assuré qu'il ne reste aucun débris de placenta, la main sera hardiment introduite dans la cavité et repoussera le fond de l'organe qu'on cherchera à saisir avec l'autre main en déprimant fortement l'abdomen².

La réduction est tout autrement laborieuse quand il s'agit de cas chroniques. Cependant on doit se souvenir qu'on a pu réduire des inversions invétérées. Audigé³ en cite une qui datait de trente ans.

On pourrait diviser les moyens employés en **procédés de force** et **procédés de douceur**.

Procédés de force.

Procédés de force. — Je les énumérerai, sans m'y arrêter longuement, car je crois qu'ils sont destinés à disparaître⁴ : l'immense majorité des inversions est susceptible d'être réduite par la douceur, et quant aux cas exceptionnels, auxquels elle n'est pas applicable, ils sont passibles, non d'un taxis forcé, mais de l'extirpation de l'organe.

Réduction manuelle.

Réduction manuelle. — La malade est chloroformée, trois doigts sont enfoncés dans le vagin et saisissent la tumeur; l'autre main fixe l'utérus à travers la paroi abdominale et dirige le sens des pressions. On a conseillé deux manœuvres : la réduction en masse, en pressant sur la totalité de l'utérus inversé, et la réduction successive de chaque corne séparément (Næggerath).

Emmet⁵ recommande, tandis que la paume de la main presse sur le fond de l'utérus, d'essayer de dilater le col avec l'extrémité des doigts. Courty⁶ abaisse l'utérus avec des pinces de Museux, introduit dans le rectum deux doigts qui, en se recourbant, immobilisent le col à travers la paroi rectale, pendant qu'avec le pouce et l'index de la main opposée on exerce une pression sur le pédicule, de ma-

¹ SPIEGELBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd. IV, p. 550, et 1875, Bd. V, p. 418.

² R. TEUFFEL (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 25, p. 401) cite un succès remarquable de cette manœuvre, pour laquelle il donne une bonne figure.

³ M. AUDIGÉ. *Contrib. à l'étude de l'inversion utérine chronique*. Thèse de Paris, 1881, n° 448.

⁴ Ces manœuvres offrent toujours un certain danger : le vagin a souvent été déchiré pendant les efforts de taxis : T.-P. TEALE, *Chronic inversion of the uterus reduced by taxis; laceration of vagina into Douglas's pouch; recovery* (*Lancet*, 1887, t. I, p. 11).

⁵ TH. A. EMMET. *Principles and practice of gynec.* New-York 1880, p. 410-458.

⁶ COURTY. *Traité pratique des mal. de l'utérus*, 5^e édit., 1881, p. 750. — CHAUVEL. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1879, p. 552.

nière à augmenter peu à peu le sillon utéro-cervical. Courty pratique parfois le débridement par deux ou trois incisions longitudinales, partant du museau de tanche et s'étendant le long du col de manière à diviser les fibres circulaires de l'isthme. Barnes est aussi partisan de ces incisions. Emmet conseille, dès que la réduction a dépassé le museau de tanche, de prendre possession du résultat acquis, en fermant l'orifice du col au moyen de sutures, pendant quelques jours.

Taxis avec des instruments. — Le *repoussoir* de Viardel, en forme de baguette de tambour, l'instrument de White (de Buffalo), sorte de cupule embrassant la tumeur et ayant pour pied un grand ressort élastique qui s'applique contre la poitrine de l'opérateur, n'ont plus qu'un intérêt historique.

Taxis avec des instruments.

Laparotomie et réduction par la voie péritonéale. — Gaillard Thomas¹, en présence des difficultés qu'on éprouve à vaincre par la voie vaginale l'obstacle que la constriction du col utérin oppose à la réduction, a fait la laparotomie, puis a dilaté l'anneau cervical à l'aide d'un dilateur analogue à l'instrument qui sert à élargir les doigts de gants, pour pouvoir refouler l'utérus par le vagin : il a ensuite réduit l'utérus très difficilement; il y eut perforation du vagin et forte hémorrhagie; sa malade guérit pourtant; mais une seconde opérée mourut de péritonite. D'après ces faits, il me paraît difficile de déclarer, avec un auteur récent², que cette opération est « très recommandable ». Même pour des femmes encore jeunes et susceptibles d'avoir des enfants, l'hystérectomie me paraît préférable aux périls d'une pareille manœuvre.

Laparotomie et réduction par la voie péritonéale.

Procédés de douceur. — Le repos au lit, les douches vaginales chaudes et le massage doivent être employés comme moyens d'atténuer la congestion et d'amener une diminution de volume. Mais c'est la **pression continue** sur la tumeur qui est le moyen curatif par excellence. Continué avec persistance, elle triomphera de presque tous les cas. Hofmeier³ ne l'a jamais vue échouer.

Procédés de douceur.

Les moyens employés ont varié. Tylor Smith⁴, bientôt imité par Teale, West, Bockendhal, Courty, etc., obtint le premier la réduction d'une inversion datant de douze ans par la pression continue

¹ G. THOMAS. *Diseases of women*, 1872, p. 454.

² G. BOULLY. *Encyclop. internal. de chirurg.*, édit. franç., t. VII, p. 689. — MUNDÉ (*Laparotomy for reduction of an inverted uterus*, in *Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 1279), après avoir vainement essayé la réduction dans un cas d'inversion chronique, se décida à pratiquer la laparotomie pour essayer de dilater, par en haut, l'anneau constricteur, selon le procédé de Thomas. N'ayant pu y réussir, il fit la castration, puis l'ablation de l'utérus par la ligature élastique. Guérison.

³ M. HOFMEIER. *Grundriss der gynäk. Operat.*, 2^e édit. 1892, p. 281.

⁴ TYLOR SMITH. *Med. Times and Gaz.*, 24 avril 1858, t. I, p. 457.

Pessaire à air. avec un pessaire à air. Les pessaires Gariel se prêtent très bien à cet usage. On les introduit vides, et on les gonfle le plus possible. Leur action paraît être complexe; la pression sur la tumeur provoque la diminution de son volume; le contact permanent avec le col en amène le relâchement; enfin, l'excitation de la fibre utérine par l'action réductrice du pessaire peut éveiller des contractions, dont la pression exercée de bas en haut assure l'efficacité. A l'étranger, on emploie couramment un sac de caoutchouc rempli d'eau, appelé *colpeurynter*¹.

Colpeurynter.

La réduction peut tarder à se produire un mois et plus; elle est ordinairement précédée de très vives douleurs.

Pessaire avec compression élastique.

Un pessaire à tige, en forme de cupule et muni de bandes élastiques qu'on fixe sur une ceinture abdominale, a été vanté par Thomas, Barnes, Duncan, Aveling, etc. C'est un moyen dangereux, qui peut donner lieu à des eschares.

Tamponnement iodoformé.

Bien préférable est le tamponnement avec la gaze iodoformée² dont l'emploi est simple, facile, et ne demande aucune instrumentation spéciale. On le renouvellera tous les deux ou trois jours et on le fera chaque fois avec le plus grand soin, en employant de longues bandes de gaze larges de deux travers de doigt, qu'on tassera peu à peu autour et au-dessus de la tumeur: il faut, pour cela, employer une certaine force. La malade sera maintenue au repos horizontal; durant toute la durée du traitement, on assurera la liberté du ventre par des lavements, et, si la miction est difficile, on pratiquera régulièrement le cathétérisme.

Hystérectomie partielle.

Restent des cas très peu nombreux où la réduction aura été impossible, malgré la compression longtemps continuée. L'ablation de la partie inversée de l'utérus sera alors légitime, car l'inversion, par les accidents qu'elle entraîne, abrège fatalement l'existence.

L'histoire des procédés employés avant la période antiseptique pour l'excision de l'utérus inversé est aussi longue que fastidieuse; ces cas constituent les observations les plus anciennes d'hystérectomie³.

¹ B. CAMPBELL GOWAN (*Lancet*, 21 sept. 1889, p. 598) a décrit un nouveau ballon hydrostatique pour la réduction de l'inversion chronique; on le fixe à une ceinture à l'aide d'un bandage en T.

² BARSONY (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 502) tamponne les culs-de-sac vaginaux avec la gaze iodoformée, avant l'emploi du *colpeurynter*. — KOCKS (*ibid.*, p. 658) a, paraît-il, préconisé ce procédé, il y a 10 ans.

³ On en trouve deux exemples curieux dans l'ouvrage célèbre de F. ROUSSET, *Cæsarei partus assertio historiologica*. Paris, 1590, p. 352. Il opéra la section après ligature préalable et avec cautérisation consécutive au fer rouge. Une des observations, qui est personnelle à ROUSSET, date de 1555. Les deux femmes guérirent. J'ai rapporté un grand nombre de faits de ce genre dans ma thèse d'agrég., *Sur la valeur de l'hystérotomie*, 1875, p. 149. — Voir aussi DENUCÉ, *Traité de l'inversion utérine*. Paris 1885.

L'amputation à l'aide de l'écraseur linéaire¹ doit être rejetée; elle est très lente, donne lieu à des douleurs atroces, n'assure pas contre l'hémorrhagie et expose à la blessure d'organes voisins.

Écraseur, clamp, anse galvano-caustique, ligature lente élastique.

L'incision immédiatement précédée de l'application d'une ligature² ou d'un clamp³, la section à l'anse galvano-caustique, la ligature lente, soit avec des fils de fer, soit avec des tubes en caoutchouc progressivement serrés, également précédée du tracé d'un sillon au thermo-cautère (Courty), sont des procédés archaïques qui doivent aussi être abandonnés, quoiqu'ils puissent, bien employés, donner quelques succès⁴.

Un perfectionnement notable a été introduit par Périer⁵ dans la technique de la ligature lente, par l'invention de son procédé de ligature à traction élastique, à l'aide d'un serre-nœud spécial à crémaillère; il pourra être utilement employé par les praticiens peu familiarisés avec l'hystérectomie vaginale.

Ligature à traction élastique de Périer.

Au lieu d'appliquer le fil élastique directement sur le point à sectionner, Périer lie très fortement l'utérus inversé avec un fil de soie solide, et c'est sur ce fil qu'il exerce des tractions élastiques, au moyen d'un anneau en caoutchouc. Le lien constricteur est ainsi constamment resserré et s'engage de plus en plus dans un trou pratiqué à l'extrémité d'une tige métallique qui fait l'office de levier pour la traction. Cette tige, munie à sa partie inférieure d'un certain nombre de crans formant crémaillère, fournit des points d'appui successifs à l'anneau de caoutchouc qui opère les tractions.

Les instruments nécessaires sont: des pinces pour amener l'utérus au dehors (fig. 501); une tige métallique à crémaillère (fig. 502), un fil de soie résistant; un anneau de caoutchouc; un crochet, qu'on peut remplacer par un simple tire-bouton.

1^{er} temps. L'utérus est amené à l'extérieur à l'aide des pinces et l'inversion est complétée, si elle est incomplète.

2^e temps. On passe une anse de fil très fort autour de l'utérus, immédiatement au-dessus des mors de la pince. Les deux bouts du

¹ ARAN, *loc. cit.*, p. 914. — MAC CLINTOCK, *loc. cit.*, p. 85. — SIMS, *loc. cit.*, p. 155. — V. FAUCON. *Sur une forme particulière d'inversion polypeuse de l'utérus, inversion supéro-latérale, amputée par l'écraseur linéaire avec suture* (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1887, p. 725-758).

² PALASCIANO, cité par COURTY, *loc. cit.*, p. 756.

³ VALETTE (de Lyon). *Lyon méd.*, avril 1871, t. VII, p. 542.

⁴ LE FORT. *Inversion utérine. Ligature élastique. Guérison* (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 201). Un fil de caoutchouc fut enroulé sept ou huit fois autour du pédicule; on fit au-dessous une ligature avec un fil ordinaire enroulé aussi plusieurs fois. Pas d'excision de la tumeur; au bout de treize jours la ligature tombe. Guérison.

⁵ PÉRIER. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 16 juin 1880, p. 379. — *De la ligature à traction élastique, appliquée au traitement de l'inversion utérine* (*Revue de chir.*, déc. 1886 p. 969). — LE FORT, *loc. cit.* — LEPRÉVOST, *loc. cit.*, p. 505.

fil sont engagés dans l'œil de la tige métallique dont l'extrémité est mise en contact avec l'utérus. On voit alors si le fil est convenablement appliqué au point où l'on veut exercer la constriction, que l'on porte ensuite à l'extrême, en nouant aussi fortement que possible.

3^e temps. On assujettit un anneau de caoutchouc contre le nœud

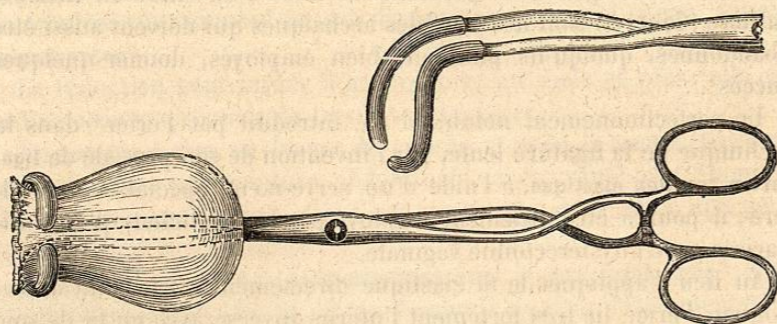


Fig. 501. — Pincés à mors demi-annulaires garnis de caoutchouc pour saisir l'utérus inversé (Périer).

constricteur, par un autre nœud, qu'il est indispensable de faire triple, car c'est sur lui qu'appuiera le caoutchouc dont la traction

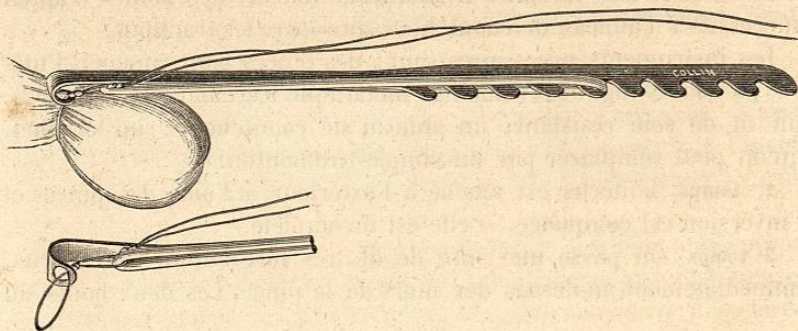


Fig. 502. — Tige métallique à crémaillère servant de levier pour la ligature élastique de l'utérus inversé (Périer).

amènerait infailliblement le relâchement et qui viendrait à glisser, s'il n'était que double.

4^e temps. On saisit, à l'aide d'un crochet, la partie libre de l'anneau de caoutchouc pour l'accrocher le plus loin possible à l'un des crans de la crémaillère.

5^e temps. On remet l'utérus à la place qu'il occupait dans le vagin, et l'extrémité libre de la tige sort de la vulve, sans exercer

de pression sur les parties molles. Cette tige se tient droite dans l'axe du vagin par le fait de la direction dans laquelle s'exerce la traction. Les jours suivants, l'anneau de caoutchouc peut être accroché à des crans situés plus bas, et des injections antiseptiques sont faites dans le vagin. L'utérus se détache du neuvième au quatorzième jour, sous forme d'une petite masse ratatinée, méconnaissable.

Kaltenbach¹ a préconisé l'amputation immédiate de la partie inversée, avec l'instrument tranchant, après l'application d'une ligature élastique provisoire. Pour plus de sûreté, et pour se mettre en garde contre le glissement possible du lien élastique, on peut alors réunir les surfaces péritonéales par une série de sutures profondes, passant obliquement sous toute la section cruentée du moignon, de manière à comprimer du même coup les vaisseaux. Un pansement à la gaze iodoformée ou sublimée maintient le moignon aseptique; il se détache vers la troisième semaine. Les deux feuillets péritonéaux sont à ce moment agglutinés et il ne persiste pas de fistule vagino-péritonéale par laquelle une fécondation extra-utérine pourrait être à craindre. Si le pédicule est très gros, on place, par transfixion, une ligature élastique double.

La technique de l'hystérectomie vaginale totale est actuellement si bien fixée, les résultats qu'elle donne sont si satisfaisants, que je n'hésiterais pas, pour ma part, à y avoir recours plutôt qu'à l'amputation de la partie inversée, si l'impossibilité d'une réduction m'était démontrée.

¹ HEGAR et KALTENBACH. *Die oper. Gynäk.*, 5^e édit. 1886, p. 575. — HICQUET (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1885, p. 500) a publié un succès obtenu par la ligature élastique double, suivie de l'excision au thermocautère. — GOOSSENS, de Rotterdam (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n^o 57, p. 598), a amputé l'utérus au-dessous d'une ligature élastique. Guérison.

Hystérectomie
partielle
à l'instrument
tranchant.

Hystérectomie
totale.