

tumeurs anciennes irréductibles, adhérentes, surtout s'il y a complication de métrite, sont plus graves que les autres.

Traitement. — Le traitement prophylactique consiste à éviter, après l'accouchement, les fatigues de la marche prématurée, le décubitus dorsal trop prolongé, la réplétion du rectum ou de la vessie.



Fig. 159. — Pessaire en caoutchouc vide.

Les moyens palliatifs, dans le prolapsus incomplet, tels que les tampons d'ouate imbibée de glycérine et de tannin, les injections astringentes, n'ont pas une action bien efficace.

Lorsque le prolapsus est complet, il faut appliquer le grand principe de la



Fig. 160. — Pessaire en entonnoir.



Fig. 161. — Pessaire en bondon.

réduction des luxations et faire rentrer les organes dans l'ordre inverse de leur sortie, c'est-à-dire en premier lieu la paroi vaginale postérieure, l'utérus et enfin la paroi vaginale antérieure herniée la première. Pour maintenir la réduction on s'est adressé aux pessaires (en gimblette, en bondon, en enton-



Fig. 162. — Pessaire en gimblette.



Fig. 163. — Pessaire en raquette.

noir) en caoutchouc (HODGE, MEIGS, DUMONT-PALLIER), aux pessaires à insufflation de GARIEL (fig. 157 à 164). Tous agissent en soutenant l'utérus par l'intermédiaire des parois vaginales. Si le périnée manque, si les parois du vagin n'ont pas une tonicité suffisante, on a conseillé l'emploi de pessaires avec

supports qui prennent point d'appui sur le bassin (fig. 157). L'usage de ces divers instruments doit être continué longtemps et surveillé avec soin. On

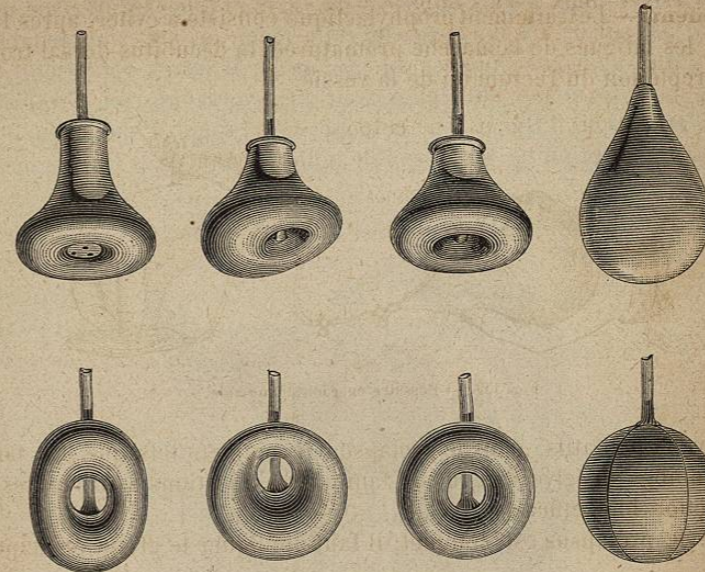


Fig. 164. — Pessaires GARIEL.

a également recours aux ceintures périnéales et hypogastriques qui rendent quelquefois des services.

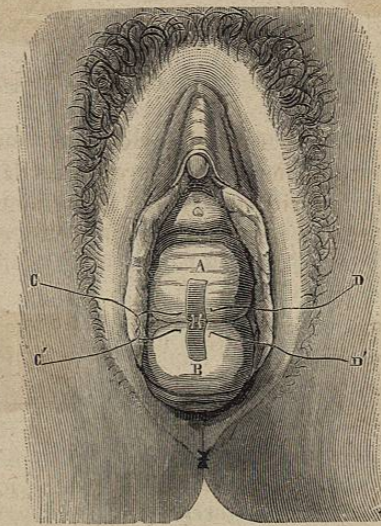


Fig. 165. — Aspect du vagin après le cloisonnement (Procédé LE FORT.)
A, avivement antérieur. — B, avivement postérieur, — CC', sutures droites, — DD', sutures gauches.

Traitement curatif. — Lorsque la réduction est impossible, ou encore si après la réduction les pessaires ne sont pas supportés, le chirurgien s'adressera

au traitement chirurgical. Parmi les opérations, les unes se proposent de diminuer le calibre du vagin. L'élytrorrhaphie de LE FORT (fig. 165 et 166) consiste à aviver deux parois opposées du vagin et à les suturer sur une longueur de 0^m,06 sur 0^m,04 de large. De cette façon on crée un véritable cloisonnement du vagin qui s'oppose au prolapsus. D'autres opérations ont été imaginées dans le même but; telles sont l'épisiorrhaphie ou rétrécissement vulvaire, l'opération d'HEGAR ou colpopérinéorrhaphie, l'opération de NEUGEBAUER. L'intervention ne nous semble indiquée que dans les cas où la con-

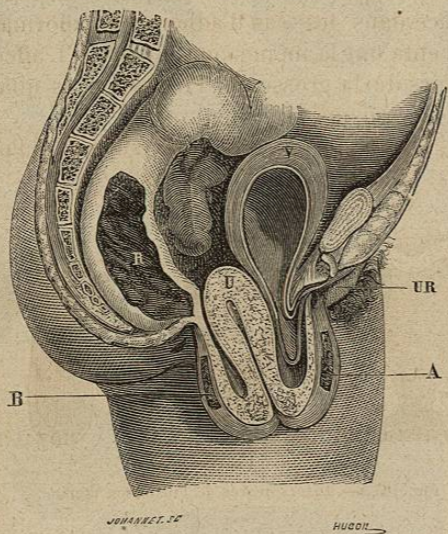


Fig. 166. — Surface d'avivement dans le cloisonnement du vagin (Procédé de LE FORT.)
A, avivement antérieur, — B, avivement postérieur, — V, fond de l'utérus, — UR, urètre.

tention de l'organe devient impossible. Si la réduction elle-même ne peut s'effectuer, mieux vaut se borner aux soins de propreté et calmer les souffrances, protéger la tumeur; l'extirpation a été pratiquée avec succès par KALTENBACH. D'autres chirurgiens ont pratiqué la résection des ligaments ronds pour relever et fixer l'utérus (opération d'Alexander-Adam).

3^o INVERSION UTÉRINE

Bibliographie. — HOMOLLE et MARTIN, *Ann. de gyn.*, 1875. — DEPAUL, *Mém. sur l'inversion de l'utérus*, in *Arch. de locologie*, 1879. — JUDE HUE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — TRAUGOTT, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XIV, 1879. — PÉRIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 379. — MACDONALD, *Edinburgh Med. Journ.*, 1881. — AUDIGÉ, *Th. de Paris*, 1881. — DENUCÉ, *Traité de l'inversion utérine*, Paris, 1883. Consulter BEIGEL et les *Traité de gynécologie*.

Définition. — Lorsque l'utérus se renverse sur lui-même en doigt de gant ou comme un poulpe, on dit qu'il y a inversion utérine; la muqueuse devient

externe, la séreuse interne. Le fond de l'utérus commence par s'enfoncer à la manière d'un cul de bouteille (*inversion incomplète*), puis la portion inversée s'engage et fait hernie à travers le col, si bien que le museau de tanche forme un bourrelet circulaire à la partie supérieure (*inversion complète*) (fig 167.)

Étiologie. — Les conditions indispensables à l'inversion sont : 1^o un ramollissement des parois de l'utérus; 2^o une force qui agisse de haut en bas pour déprimer les parois. A diverses périodes de l'accouchement ces conditions se trouvent réalisées; le cordon trop court peut entraîner l'utérus en état d'inertie lorsque le fœtus est expulsé; souvent les tractions sur le cordon au moment de la délivrance dans les cas d'adhérences anormales ou d'insertions supérieures du placenta ont la même conséquence. L'affection est beaucoup plus rare dans le cours de la grossesse. Plus des trois quarts des inversions se produisent par le mécanisme précédent.

Les fibro-myomes, les polypes à large base, surtout si l'on exerce des trac-

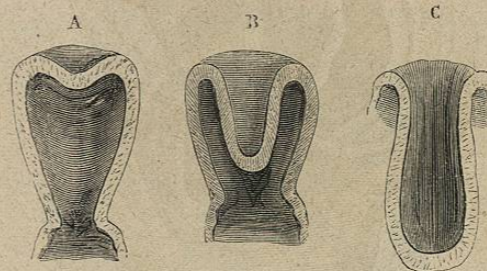


Fig. 167. — Divers degrés de l'inversion utérine.

tions, déterminent le même renversement de l'utérus ramolli; d'ailleurs c'est là une lésion peu commune, puisque BEIGEL compte un (1) cas sur cent quatre-vingt dix-mille (190 000) accouchements. Les inversions congénitales signalées par quelques auteurs sont plutôt des malformations.

Anatomie pathologique. — L'inversion crée nécessairement un infundibulum interne où les trompes, l'intestin, la vessie, le rectum peuvent s'engager et même s'étrangler. De son côté le tissu de l'utérus ne tarde pas à subir d'importantes modifications: il s'atrophie pendant que la muqueuse prend une coloration rouge violacé. Tantôt la tumeur reste dans le vagin, tantôt elle vient faire saillie à la vulve; dans les cas anciens la muqueuse est susceptible de s'ulcérer, de contracter des adhérences avec le vagin; son épithélium cylindrique devient pavimenteux. Quant à la gangrène, on ne la voit qu'exceptionnellement.

Symptômes. — Survient-elle brusquement après l'accouchement, l'inversion provoque de violentes douleurs lombaires, la syncope et d'une façon générale les principaux signes du péritonisme (vomissements, algidité; pouls petit, fréquent, expression d'angoisse peinte sur le visage) susceptibles d'être assez graves pour amener la mort. Très souvent à ces symptômes s'ajoute l'hémorragie.

Dans l'inversion lente, comme celle qui accompagne les polypes, la symptomatologie diffère absolument. Le renversement se produit insensiblement, les

accidents sont attribués au polype. Il y a cependant des métrorragies ou des ménorragies, un suintement purulent nauséabond. Les douleurs pelviennes, la sensation de corps étranger, l'impossibilité de la marche ne font jamais défaut.

Les complications que l'on a observées sont la péritonite, l'étranglement intestinal, la gangrène. Malgré les dangers auxquels elle expose, l'inversion utérine n'est pas incompatible avec l'existence et l'on a vu des femmes vivre vingt-cinq et trente ans avec cette infirmité; la ménopause amène chez quelques malades une amélioration très marquée.

Diagnostic. — A la suite d'un accouchement le diagnostic d'une inversion ne présente jamais de difficultés sérieuses. Il faut y penser toutes les fois

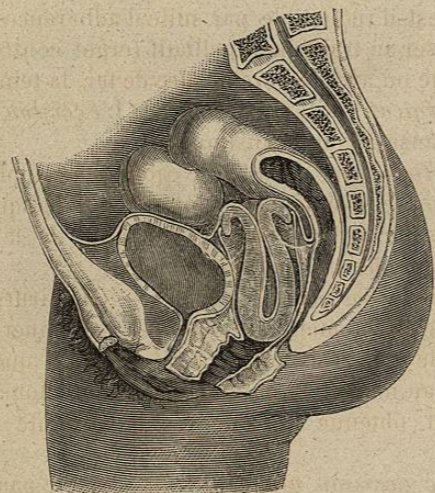


Fig. 468. — Inversion complète de l'utérus. (D'après DE SINÉTY.)

qu'une hémorragie importante survient un certain temps après la délivrance. On s'assure alors que l'utérus n'a pas repris sa position.

L'inversion lente, en quelque sorte symptomatique, se reconnaît moins aisément. L'absence de l'utérus dans l'abdomen, les rugosités de la tumeur comparées à la surface lisse des polypes, l'issue du sang à l'époque des règles, l'existence des orifices des trompes ont été donnés comme des signes distinctifs importants. Le prolapsus se distingue de l'inversion par la présence de l'orifice cervical et par l'absence du bourrelet circulaire supérieur.

Pronostic. — L'inversion brusque offre une haute gravité puisqu'elle peut se terminer par la mort à brève échéance, soit par le fait de l'hémorragie, soit par une sorte de shock. Ajoutons-y les complications mentionnées ci-dessus. Cependant le pronostic de l'affection n'est pas toujours aussi défavorable et la thérapeutique possède des ressources sérieuses. L'âge et l'état général doivent également entrer en ligne de compte dans l'appréciation du pronostic de l'inversion.

Traitement. — Comme il ne faut pas compter sur la réduction spontanée,

éventualité exceptionnelle, en présence d'une inversion brusque le devoir du chirurgien sera de tenter immédiatement la réduction, après avoir enlevé le délivre ou ses débris. A cet effet on se sert des doigts ou d'un instrument moussé dans l'inversion incomplète. Si l'on arrive trop tard ou si les premières tentatives échouent, mieux vaudra attendre le troisième ou le quatrième jour. Bien que les chances de réduction (taxis sous chloroforme) diminuent notablement à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'accident, des réductions tardives après dix et même vingt ans (SIMS, BEIGEL) ont été signalées. S'il y a hémorragie grave, la compression de l'aorte constitue une ressource ultime.

Des pessaires spéciaux permettent dans quelques cas d'obtenir la réduction, tels sont les pessaires maintenus par des bandages en T, les pessaires ballons de GABRIEL.

L'organe inversé est-il réductible par suite d'adhérences, il ne reste d'autre parti que de s'adresser au traitement palliatif (ergot contre les métrorragies; cautérisation nitrique ou avec le perchlorure de fer, la teinture d'iode).

Traitement chirurgical. — Il comprend : 1° L'*excision* seule ou combinée avec l'écraseur ou l'anse galvano-caustique.

2° La *ligature élastique* avec un tube de caoutchouc appliqué sur le pédicule et que l'on serre progressivement. Des lotions antiseptiques fréquentes permettront d'éviter les inconvénients de la putridité de la tumeur qui tombe habituellement du huitième au quatorzième jour.

3° *Procédé de PERRIER* (Soc. de chir., 1880). — Ce chirurgien « au lieu d'appliquer le fil élastique directement sur le point à sectionner, lie très faiblement l'utérus avec un fil de soie résistant, et c'est sur ce fil que sont exercées des tractions élastiques au moyen d'un anneau de caoutchouc ». La *constriction* dans ce procédé est obtenue à l'aide d'une sorte de serre-nœud à crémaillère.

4° La *ligature avec excision ultérieure du pédicule* paraît avoir donné les meilleurs résultats d'après les statistiques de SCHREDER. Aussi, tandis que par l'excision seule on trouve une mortalité de 57 p. 100 et par la ligature seule de 27 p. 100, elle tomberait à 17 p. 100 pour la ligature avec excision. D'après DENUCÉ, le pronostic des opérations serait moins grave pour les inversions polypeuses que pour les inversions puerpérales.

CHAPITRE V

Bibliographie générale. — OLSHAUSEN, *Krankheiten der Ovarien*, Stuttgart, 1877. — BOINET, *Maladies des ovaires*. — FRAENKEL, *Beitrage z. Path. Anat. d. Weiblich. Beckenorganes*, et *Arch. f. Path. Anat. u. Phys.*, Bd. XCI, p. 499. — SPENCER WELLS, *Diseases of the Ovaries*, London, 1872. — HEGAR et KALTENBACH, trad. BAR.