

à la surface des voies d'absorption et la maladie ne tarde pas à se compliquer de septicémie chronique, d'anémie, et les malades succombent le plus souvent dans le marasme.

Les phénomènes de compression n'apparaissent qu'au dernier moment.

Le pronostic est peut-être un peu moins sévère que pour le sarcome de l'enfance. Jusqu'ici, on a pu observer trois guérisons durables.

### INVERSION UTÉRINE

L'inversion de l'utérus est une invagination de cet organe qui se retourne en doigt de gant. Le fond de l'utérus descend d'abord dans la cavité, puis, l'invagination progressant, il apparaît à l'orifice du col et pénètre dans le vagin; de là plusieurs degrés dans l'inversion (1).

**Fréquence.** — L'inversion s'établit dans deux circonstances très différentes; d'abord, et le plus souvent, après l'accouchement, ensuite dans certains cas de tumeurs fibreuses, de polypes utérins; mais cela est exceptionnel.

L'inversion obstétricale est celle que l'on observe quatre fois sur cinq (Crosse); encore est-elle rare, puisque Reigel ne la trouve qu'une fois sur 190 000 accouchements; Ribemont-Dessaignes et Lepage donnent le chiffre de 1 sur 200 000. Labadie-Lagrave et Legueu pensent que ce chiffre est trop faible, bien qu'ils n'aient pu relever qu'une dizaine d'observations publiées en France dans ces dernières années, car, suivant la remarque de Puech, bon nombre des inversions survenues au moment de l'accouchement sont reconnues et réduites séance tenante. C'est aussi l'opinion de H.-E. Marion: d'après lui, bien des morts attribuées à l'hémorragie *post partum* ont été dues à l'inversion méconnue.

**Causes.** — En dehors de la puerpéralité, les contractions utérines tendant à expulser un fibrome sous-muqueux, les tractions exercées par le chirurgien au cours de l'extirpation d'un polype, sont les causes de l'inversion.

D'après Hart et Barbour, ce déplacement ne serait pas rare dans le sarcome et on l'a observé même chez des nullipares (Pozzi).

C'est surtout au moment de la délivrance que l'inversion se produit. On l'a observée aussi à la suite de l'avortement.

L'influence de la primiparité est bien établie; elle est admise par Bickmann, et Crampton, sur 146 cas, a trouvé 88 primipares. Aucune explication satisfaisante n'a été donnée à ce sujet.

Les conditions débilitantes antérieures au travail, l'amincissement

(1) Pour l'historique, consultez le *Traité de l'inversion utérine*, par P. DENUCÉ, Paris, 1883.

des parois utérines par hydramnios, le travail long et pénible (artificiel), une syncope par hémorragie ou shock, l'anesthésie profonde pendant la troisième période du travail constituent des causes prédisposantes. On a aussi incriminé la brièveté du cordon, les circulaires à plusieurs tours qui en diminuent la longueur effective, le poids et la longueur du placenta.

Le tiraillement du cordon, lorsque la femme, surprise, accouche debout, les tractions immodérées et intempestives pour hâter la délivrance sont autant de causes invoquées par les auteurs et dont la valeur est discutée par quelques-uns (Bickmann, Marion).

L'expression utérine suivant la méthode de Crédé a pu donner naissance à cet accident (Kaltenbach). Enfin, dans quelques observations, l'inversion s'est produite spontanément sous l'influence d'un effort, soit au moment de la délivrance, soit de quelques heures à quatre semaines après l'accouchement. Dans ce dernier cas, il est probable que l'inversion a débuté, incomplète, au moment de la délivrance et ne s'est accentuée que peu à peu.

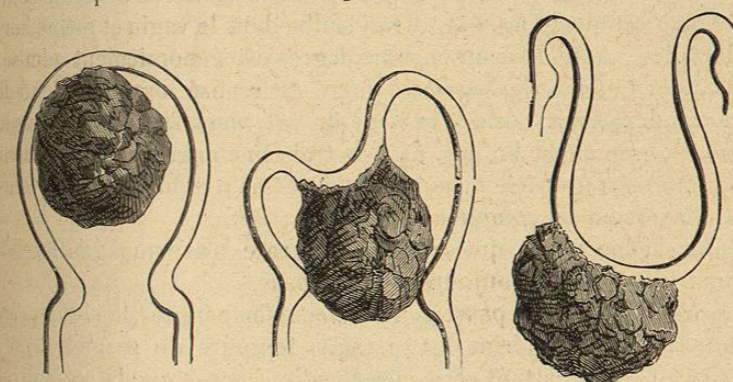


Fig. 141. — Évolution d'une inversion polypeuse. — 1, polype intra-utérin; 2, amorce de l'inversion; 3, inversion complète.

**Pathogénie.** — Deux conditions sont nécessaires, d'après Schultze, pour que l'inversion se produise: 1° l'élargissement de la cavité utérine; 2° le ramollissement partiel des parois de l'organe et particulièrement du fond. Ces deux conditions sont évidemment réalisées d'une façon complète après l'accouchement. Dans les cas de tumeurs fibreuses ou autres, on a de même une augmentation de la cavité utérine et un ramollissement plus ou moins étendu des parois autour du point d'implantation, par dégénérescence graisseuse (Scanzoni) ou par infiltration néoplasique (A. R. Simpson) (fig. 141).

Rokitansky décrit l'inversion comme « une paralysie de la zone placentaire ». Mais cette conception est un peu théorique, puisque c'est généralement le fond de l'utérus et non la zone d'insertion placentaire qui s'invagine d'abord.



Mathews Duncan, dans son mémoire, admet deux variétés d'inversions au point de vue du mécanisme : l'inversion active et l'inversion passive. Dans l'inversion active, lorsque le fond de l'utérus s'est déprimé en *cul de fiole*, suivant l'expression de Mauriceau, le segment invaginant se contracte sur le segment invaginé, pour l'expulser comme un corps étranger, et l'utérus se retourne ainsi de plus en plus jusqu'à se mettre en inversion complète.

Dans l'inversion passive, l'utérus, inerte, est retourné, soit par les tractions qu'on lui fait subir, soit par les pressions abdominales qu'il supporte, dans l'effort par exemple, mais aucune contraction utérine n'intervient. On comprend que cette dernière variété ait tendance à se reproduire après réduction, tant que l'inertie du muscle utérin persiste.

**Anatomie pathologique.** — Leroux (de Dijon, 1776) a établi trois degrés d'inversion : 1° la dépression simple, dans laquelle le fond de l'utérus seul est déprimé en *cul de bouteille* (fig. 142); 2° l'inversion au second degré, caractérisée par la descente du fond de l'organe jusqu'à l'orifice du col (fig. 143); 3° l'inversion totale; l'utérus est alors complètement retourné (fig. 144) : il fait saillie dans le vagin et même hors de la vulve. Cette division en trois degrés est généralement admise; mais, pour Legueu, le deuxième degré est réalisé lorsque le fond de l'utérus, dépassant l'orifice externe du col, vient faire saillie dans le vagin. Pour le même auteur, dans le troisième degré, non seulement le corps s'est retourné, mais le col lui-même a subi la même évolution, l'inversion est complète.

Ce troisième degré, qui est d'ailleurs rare, s'accompagne le plus ordinairement, sinon toujours, de prolapsus.

La première variété passe généralement inaperçue, de sorte qu'en réalité l'inversion utérine est presque toujours du second degré. Pozzi, tout en admettant cette classification, pense que la seule division utile en clinique est celle d'inversion simple et d'inversion avec prolapsus.

Les lésions doivent être étudiées dans l'inversion récente et dans l'inversion chronique.

L'*inversion récente, puerpérale* le plus souvent, est caractérisée par une tumeur rouge et spongieuse, très vasculaire, n'ayant pas subi l'involution complète. Elle remplit le fond du vagin; sa surface, tomenteuse et molle, présente encore parfois des débris placentaires. On peut voir à son extrémité inférieure, et généralement cachés sous des replis de la muqueuse hypertrophiée, deux petits orifices correspondant aux trompes et distants l'un de l'autre de 2 centimètres. On peut y engager des soies de sanglier.

La partie supérieure de cette tumeur piriforme se rétrécit et s'engage dans le col, qui semble parfois l'étrangler. Le cul-de-sac antérieur reste généralement plus profond que le postérieur. Si l'inversion est

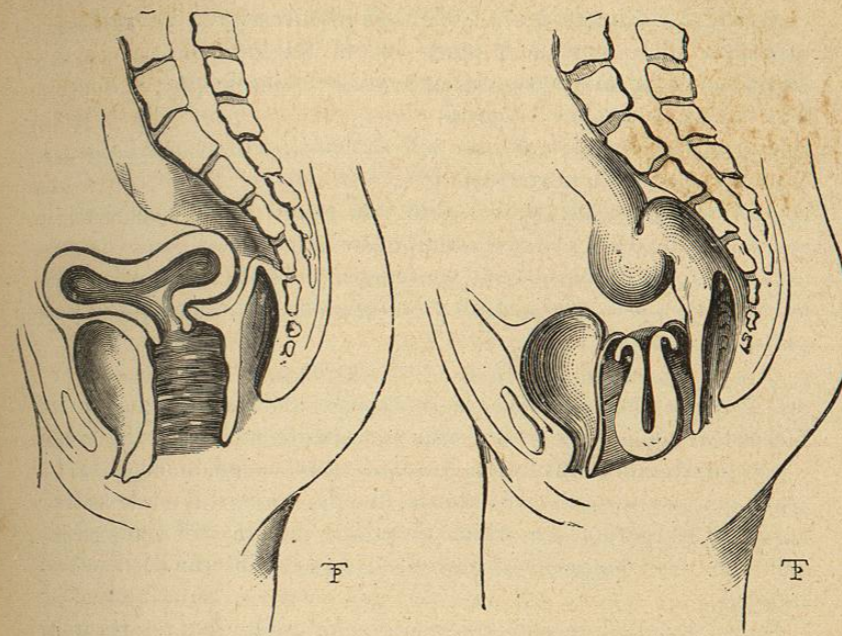


Fig. 142. — Dépression utérine, 1<sup>er</sup> degré. — On reconnaît facilement sur cette figure l'utérus déprimé, le col, le vagin, la vessie et le rectum.

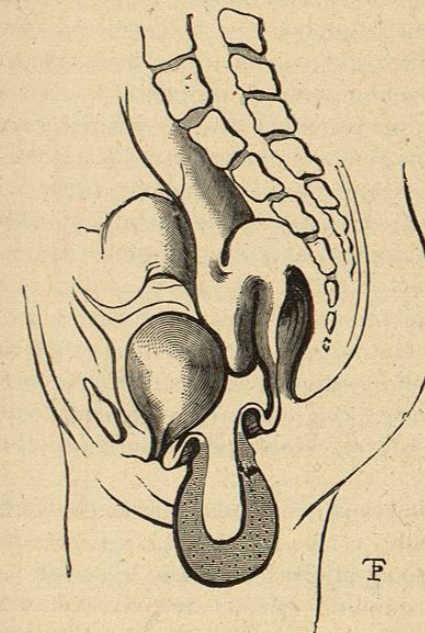


Fig. 144. — Matrice entièrement retournée. Vestiges du col. Renversement plus ou moins complet du vagin.



complète, le pédicule de la tumeur se continue avec le vagin, sans qu'aucun sillon marque la place du col. La limite de la muqueuse utérine et de la muqueuse vaginale ne se distingue que par leur couleur et leur résistance propres.

L'inversion chronique forme une tumeur qui ressemble beaucoup, par son aspect et sa consistance, à un polype fibreux (Pozzi). La portion étranglée du corps utérin, qui passe par le canal cervical, représente le pédicule. La muqueuse utérine présente tous les caractères de l'endométrite chronique; l'épithélium cylindrique devient peu à peu pavimenteux et les glandes disparaissent en grande partie (Schröder).

Quand l'inversion chronique s'accompagne de prolapsus, le col est généralement renversé, la muqueuse utérine se cutise, sa surface est irritée par les frottements et présente même des ulcérations.

Si l'on examine l'inversion du côté du péritoine, on constate, à la place que devrait occuper l'utérus, une dépression; il existe, entre la vessie et le rectum, un orifice circulaire dans lequel s'enfoncent le péritoine, les trompes, les ovaires et la partie interne des ligaments larges.

Dans l'inversion récente, puerpérale, l'infundibulum est très grand; les anses intestinales elles-mêmes et l'épiploon s'y engagent parfois. Des adhérences peuvent fixer ces organes et rendre la réduction difficile (Michalowski, Velpeau, Lisfranc). Plus tard, l'infundibulum se rétrécit lorsque l'inversion est établie, le col comprime les vaisseaux, et l'utérus, retourné, se congestionne d'autant plus que la constriction agit principalement sur les veines et non sur les artères. La tumeur augmente de volume et il en résulte des déchirures vasculaires qui expliquent les hémorragies graves.

Ces modifications rendent l'inversion irréductible, non pas du fait du col qui est généralement relâché, mais à cause de l'augmentation de volume de la tumeur et de l'étranglement par l'isthme de l'utérus. Les adhérences s'ajoutent à ces causes pour rendre l'irréductibilité définitive.

Dans des cas exceptionnels, l'organe inversé se gangrène et la terminaison a pu se faire ainsi par guérison spontanée.

La vessie, dont la position n'est pas modifiée, garde ses rapports normaux tant que le col ne prend pas part au déplacement; mais quand l'inversion est totale et compliquée de prolapsus, il y a cystocèle (Hart et Barbour).

**Symptômes.** — Survenant au moment de l'accouchement, l'inversion utérine est impossible à méconnaître. La malade a la sensation d'un corps qui se déplace et descend dans le bassin; cette sensation s'accompagne de douleurs parfois très vives et d'une hémorragie qui peut être mortelle; on a noté aussi un état grave de collapsus. Quand cette inversion est complète et retourne le col, il y a rétention

d'urine (Hart et Barbour). Le fond de l'utérus apparaît à la vulve avec le placenta, adhérent ou en partie décollé. La réduction est facile à ce moment; si elle n'est pas faite, on devra redouter le sphacèle de l'organe inversé et les accidents graves d'infection qui en peuvent être la conséquence. Il n'en est cependant pas toujours ainsi: l'hémorragie s'arrête quelquefois et l'inversion devient chronique; mais il est intéressant de noter que, dans ce cas, l'involution utérine normale et plus tard l'atrophie sénile se produisent.

Il faut savoir aussi que le renversement partiel, au moment de l'accouchement, ne donne parfois pas d'hémorragie inquiétante (Pozzi).

L'inversion se produit plus souvent quelques jours après l'accouchement. La malade ressent une douleur vive et subite, au moment d'un effort, et l'inversion a lieu brusquement avec des symptômes réflexes graves, du collapsus, une syncope; l'hémorragie est alors assez abondante. Mais ordinairement l'utérus s'invagine lentement, et la douleur est beaucoup moins vive, ou même insignifiante. L'inversion passe à l'état chronique et n'est découverte qu'au cours d'un examen auquel conduit la persistance de l'hémorragie.

La femme a des pertes de sang continues et peu abondantes, qui s'accroissent au moment des règles. Elle accuse tous les signes qui constituent le syndrome utérin de Pozzi: douleurs, leucorrhée, symptômes réflexes du côté du tube digestif et du système nerveux, phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum.

Quand l'inversion est due à l'évolution vaginale d'un fibrome, elle est précédée par des hémorragies assez abondantes et s'accompagne de douleurs expulsives analogues à celles de l'accouchement.

Dans tous les cas, les hémorragies répétées et persistantes mettent les malades dans un état d'anémie extrême.

Le toucher vaginal conduit sur une tumeur à surface lisse bien qu'un peu tomenteuse, et généralement régulière. Elle est piriforme et présente un pédicule rétréci qui s'engage dans l'orifice cervical; il est séparé du col par un sillon. Si l'inversion atteint le corps et le col, la surface de la tumeur se continue directement avec la surface vaginale.

L'exploration à l'hystéromètre donne d'utiles renseignements; l'instrument contourne le pédicule et pénètre plus profondément en avant qu'en arrière, mais jamais on ne note sur la tige graduée de l'instrument une profondeur de plus de 6 centimètres (Hart et Barbour).

Le palper combiné au toucher ne permet pas de sentir le fond de l'utérus; mais, chez des sujets maigres, à parois abdominales souples et dépressibles, on perçoit quelquefois l'infundibulum de l'utérus inversé.

Le toucher rectal permet également de sentir le pourtour de l'infundibulum et, si l'on pratique en même temps le cathétérisme



vésical, le doigt rencontre le bec de la sonde, sans interposition de l'utérus.

**Marche.** — L'inversion subite au moment de l'accouchement est véritablement aiguë; elle peut entraîner la mort rapide, si l'on n'intervient pas de suite.

Dans l'inversion chronique, les parties déplacées restent dans un état stationnaire, sauf au moment des règles, où l'on observe une recrudescence des symptômes. Mais peu à peu l'état général se modifie; la malade perd des forces, les hémorragies répétées l'anémient et peuvent entraîner la mort.

Baudelocque, Katscher, Meighi, Spiegelberg, Brewis et Tuffel, ont signalé des cas de réduction spontanée avec guérison; mais c'est une éventualité trop exceptionnelle pour qu'on puisse la prendre en considération. L'affection n'a généralement aucune tendance à rétrocéder.

Des complications peuvent survenir; l'étranglement intestinal et le sphacèle de la tumeur sont les plus graves; pourtant, dans un cas de Husson, le sphacèle conduisit à la guérison. On ne peut évidemment compter sur une semblable terminaison.

**Diagnostic.** — Le diagnostic d'inversion utérine est, dans certains cas, très facile et s'impose; mais il y a des circonstances où il est très difficile. L'erreur la plus commune consiste à prendre une inversion pour un polype, ou inversement; aussi les auteurs se sont-ils efforcés de préciser les signes différentiels entre les deux affections.

D'après Guéniot, Gosselin, Tillaux, la muqueuse qui recouvre un fibrome serait insensible, tandis que, dans l'inversion, elle garderait sa sensibilité. Mais, d'une part, les recherches de Berger et Ribemont ont démontré que la muqueuse utérine est insensible à l'état normal, et, d'autre part, Leprevost, Polaillon, Legueu ont observé des inversions tout à fait insensibles. Ce signe n'a donc pas grande valeur. On dit aussi que l'utérus inversé est plus souple et plus foncé, tandis que le fibrome est dur, et Guéniot a proposé, comme moyen de diagnostic, d'enfoncer une épingle dans la tumeur; mais la muqueuse enflammée à la surface d'un fibrome devient parfois très épaisse et peut induire en erreur.

La constatation, sur le fond renflé de la tumeur, des deux orifices tubaires a une valeur incontestable, mais leur recherche est d'autant plus difficile qu'ils sont souvent masqués par des replis de la muqueuse.

La confusion pourrait avoir lieu entre l'inversion incomplète et un polype descendu dans le vagin; l'hystérométrie fournira des renseignements importants, montrant une cavité de plus de 6 centimètres dans le cas de polype: il est vrai que des adhérences unissent quelquefois les lèvres du col au pédicule d'un polype ou d'une inversion, mais le fait est rare et on pourrait, par le palper, sentir le fond de l'utérus.

Le toucher rectal permettant de sentir et d'accrocher l'infundibulum d'une inversion est un bon élément de diagnostic, et, si on le combine avec le cathétérisme vésical, le doigt sent presque directement le bec de la sonde, sans interposition de la masse utérine.

En présence d'une tumeur à pédicule large, on aura toujours à craindre l'inversion; si le doute persiste après un examen attentif, Pozzi conseille de poser sur le pédicule une ligature élastique provisoire; on fait ensuite une incision exploratrice sur la tumeur: si on rencontre un fibrome, on l'énuclée avec un instrument mousse. Il ne reste plus qu'à suturer soigneusement et en étages et à supprimer la ligature. On réduit et un tamponnement à la gaze iodoformée maintient la réduction.

Il ne faut pas oublier, enfin, que les myomes s'accompagnent quelquefois d'inversion; le palper, le toucher rectal, le cathétérisme vésical feront reconnaître l'inversion compliquant le polype, mais il n'est pas toujours facile de savoir où commence le polype et où finit l'inversion, bien qu'en général un sillon marque la limite. Il faut se rappeler que le fibrome forme une masse dure, irrégulière, bosselée et blanchâtre, tandis que l'utérus est souple, dépressible, lisse, avec une surface légèrement tomenteuse et de coloration rouge.

Nous nous contentons d'indiquer le diagnostic avec le prolapsus utérin. La vue de l'orifice du col sur la tumeur, jointe au cathétérisme utérin, lèvera tous les doutes. L'hésitation ne serait permise que si l'orifice cervical était oblitéré par des adhérences, et il suffit d'être prévenu de la possibilité de ce fait.

**Pronostic.** — L'inversion est une affection grave. Au dire de H.-E. Marion, c'est la complication la plus grave de l'accouchement. Le tiers des femmes ayant une inversion puerpérale, dit Cross, meurt immédiatement ou dans l'espace d'un mois. Crampton, en 1885, a recueilli 120 cas d'inversion, qui ont donné 32 morts. L'inversion chronique elle-même est grave, puisqu'elle n'a aucune tendance à rétrocéder et peut entraîner la mort par hémorragie, par anémie progressive ou par complications septiques.

**Traitement.** — Le traitement de l'inversion aiguë, puerpérale, consiste dans la réduction, qui est généralement facile; l'utérus est encore mou; on peut le refouler directement et le remettre en place. On pratique alors une injection très chaude pour ranimer sa contractilité et arrêter l'hémorragie.

Si le placenta est encore adhérent en totalité, il est préférable de réduire d'abord en masse sans chercher à le décoller, puis on excite l'utérus par des frictions et on laisse la délivrance se faire, après avoir constaté la rétraction de l'organe. Sans doute, la présence du placenta augmente le volume de la tumeur, mais son décollement rendrait inévitable une perte de sang rapidement dangereuse si la réduction était longue et difficile. Au contraire, quand le placenta