

est partiellement décollé, il faut le séparer d'abord et réduire ensuite (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

En tout cas, la réduction doit être faite le plus tôt possible après que l'inversion est constatée, car, plus on attend, plus on éprouve de difficultés.

Dans les inversions anciennes, la réduction est beaucoup plus difficile. Le traitement comprend alors plusieurs méthodes de réductions : par les procédés de douceur, par les procédés de force, par une intervention sanglante.

1° PROCÉDÉS DE DOUCEUR. — Cette méthode consiste à exercer une pression lente et soutenue sur l'utérus, soit à l'aide du pessaire à air, du pessaire de Gariel, du ballon hydrostatique de Neugebauer, du colpeurynter ou du repositoire d'Aveling; mais le meilleur moyen est le tamponnement à la gaze iodoformée renouvelé tous les deux jours. Pozzi conseille d'employer de longues bandelettes de gaze tassées au-dessous de la tumeur. La malade garde le décubitus horizontal, et pendant toute la durée du traitement on devra assurer la liberté du ventre et pratiquer le cathétérisme si la miction est gênée.

Ces procédés de douceur, employés pour la première fois par Tyler Smith, donnent en général de bons résultats. Hofmeier ne les a jamais vus échouer. Audigé cite un cas où la réduction fut obtenue pour une inversion datant de trente ans; mais le traitement est long: la réduction, précédée en général de douleurs violentes, peut quelquefois demander plusieurs semaines. Et pendant tout ce temps la malade n'est point à l'abri des inconvénients auxquels l'expose l'inversion.

2° MÉTHODE DE FORCE OU DE RÉDUCTION RAPIDE. — On ne se sert plus aujourd'hui des instruments imaginés par White, Viardel, etc., pour réduire l'inversion: c'est à la réduction manuelle que l'on doit avoir recours. Elle nécessite presque toujours l'anesthésie générale. La main droite introduite dans le vagin saisit l'utérus, tandis que la main gauche, déprimant la paroi abdominale, cherche à sentir l'infundibulum. Plutôt que de refouler la tumeur en haut, Schultze recommande de la presser latéralement pour la décongestionner, diminuer son volume et l'amener à rentrer peu à peu à travers le col: c'est ce que Courty appelle le refoulement périphérique. Le palper bimanuel permettra de s'assurer que l'inversion est bien réduite. Pate a proposé, en 1878, un autre procédé: l'urètre dilaté, il introduit un index dans la vessie et l'autre index dans le rectum pour saisir et fixer l'entonnoir, tandis qu'avec les pouces introduits dans le vagin il chasse en haut le fond de l'utérus. Courty, en 1881, propose d'accrocher le bord postérieur de l'infundibulum à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum et de réduire l'utérus avec l'autre main introduite dans le vagin. Ces deux procédés ne sont guère employés.

En tout cas, ces manœuvres doivent être exécutées avec douceur, car Depaul et Nélaton ont observé la rupture de l'utérus. Lechoptais,

Bolbec, ont vu des anses intestinales passer à travers une déchirure et plusieurs cas de mort ont été signalés. Pouey, en 1897, a vanté les bons effets de la traction élastique prolongée, sur le col, combinée à la propulsion du fond de l'utérus.

3° RÉDUCTION SANGLANTE. — Lorsque les moyens précédents ont échoué, on a tenté de faciliter la réduction par diverses opérations: les unes se font par la voie vaginale, les autres par la voie abdominale.

Gaillard Thomas, après avoir fait la laparotomie, a dilaté l'anneau cervical à l'aide d'un instrument analogue à celui que l'on emploie pour ouvrir les gants, puis il a chargé un aide de refouler l'utérus par la voie vaginale (fig. 145). Dans un premier cas suivi de succès, il vit une perforation du vagin; la seconde opérée mourut de péritonite; mais cette opération, tentée de nouveau par Malins et Mundé, qui ne parvinrent pas à obtenir la réduction, est complètement tombée en désuétude.

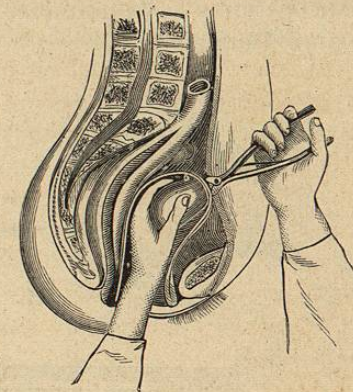


Fig. 145. — Procédé de Gaillard Thomas. Incision abdominale. Dilatation directe de l'anneau.

Marion Sims (1866), considérant que les fibres circulaires du tissu utérin étaient le principal obstacle à la réduction, conseille de les sectionner par plusieurs incisions verticales. Pour Barnes (1869), c'est le col de l'utérus qui fait obstacle, et il propose de l'inciser en plusieurs points.

Le procédé de Küstner (1893) est bien préférable. Cet auteur pratique dans le cul-de-sac postérieur une incision transversale. Entrant par cette voie dans l'abdomen, il introduit le doigt dans l'anneau d'étranglement et détruit les adhérences si elles existent; il incise ensuite verticalement toute l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus. La réduction est alors généralement facile et il ne reste plus qu'à suturer la paroi utérine et à fermer la cavité péritonéale. Cette méthode est d'autant plus recommandable qu'en cas d'échec elle peut constituer le premier temps d'une hystérectomie vaginale.

Quelle que soit la méthode employée pour obtenir la réduction de l'inversion utérine, lorsque l'utérus est ramené à sa position normale il faut l'y maintenir, car certaines inversions se reproduisent au moindre effort (Auvard).

On a conseillé de laisser quelques instants dans l'utérus la main ou le doigt pour en soutenir les parois et en exciter les contractions.

L'administration de seigle ergoté a été conseillée par quelques auteurs. Le tamponnement de l'utérus et du vagin suffira, en général, à maintenir la réduction. Mais il est des cas où l'inversion se repro-



duit très facilement; c'est à ces formes récidivantes et facilement réductibles que peut convenir l'hystéropexie. Cette intervention, proposée par Marcel Baudouin, est parfaitement logique, mais à notre connaissance elle n'a pas encore été employée.

Il est des cas où la réduction est absolument impossible (Velpeau, Labadie-Lagrave et Legueu).

C'est pour y remédier qu'ont été imaginées des opérations plus complexes, consistant à supprimer la portion inversée de l'utérus. Cette opération a été pratiquée par Rousset en 1533, et, depuis, par nombre d'auteurs.

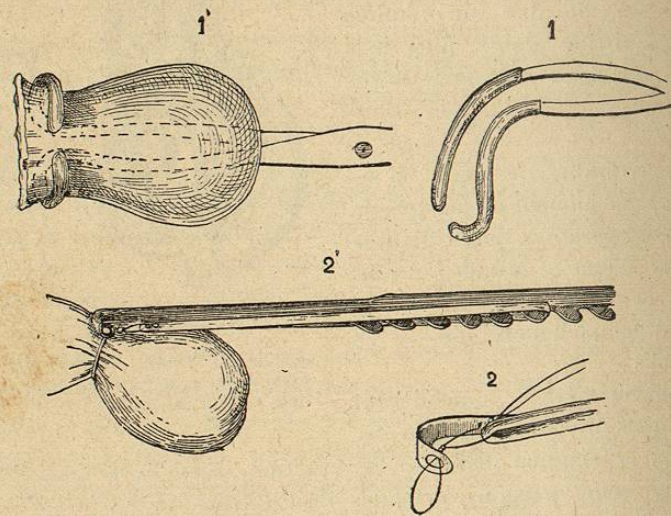


Fig. 146. — Procédé de ligature à traction élastique de Périer pour inversion utérine.

L'ablation de la partie inversée a été faite de plusieurs façons. Mac Clintock et Duncan, Sims ont employé l'écraseur linéaire. Spencer Wells introduisait deux aiguilles croisées dans le pédicule et, après ligature élastique, il sectionnait la tumeur au thermocautère. On a employé aussi l'anse galvanique. Tous ces procédés, extrêmement douloureux, exposent à l'infection et sont dangereux. Ils ont donné une mortalité de 18 à 40 p. 100.

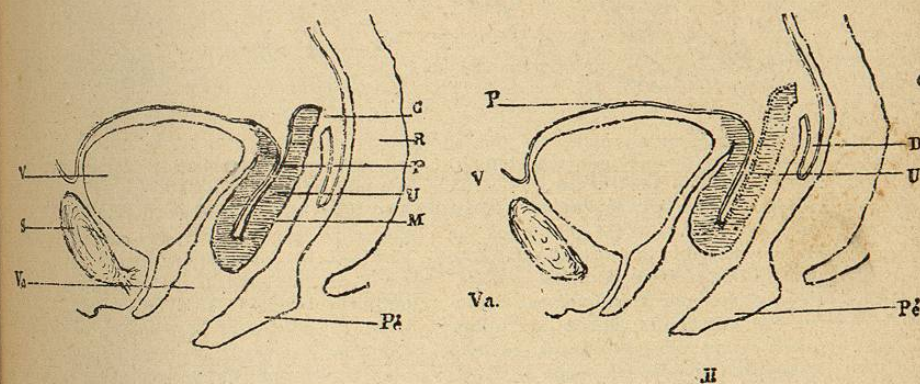
La ligature élastique du pédicule a fourni un succès à Le Fort. Périer a perfectionné la ligature élastique en se servant d'un serre-nœud à crémaillère (fig. 146). Plusieurs auteurs ont obtenu des succès par ce procédé. Kaltenbach et Péan préféraient l'amputation au bistouri; ils plaçaient une ligature élastique provisoire sur le pédicule, et, la section faite, ils suturaient minutieusement les deux lèvres de la plaie avant d'enlever la ligature. Mais, bientôt, on se demanda à quoi serait utile un utérus ainsi mutilé, et considérant, d'autre part, que la ligature est aveugle et peut léser l'intestin adhérent à l'infundibulum, que le moignon utérin est une source d'infection, Terrier proposa, en 1885,

l'hystérectomie vaginale. C'est en 1891 que Baldy pratiqua la première opération de ce genre.

En 1894, elle donna des succès entre les mains de Legueu, Duret et Verchère.

La technique de cette opération, déjà esquissée par Secheyron (1885), n'a pas été la même dans les cas de Legueu et de Duret. Legueu ouvrit aux ciseaux les culs-de-sac antérieur et postérieur, plaça deux pinces sur les ligaments larges plissés et détacha l'utérus inversé dans l'infundibulum duquel se trouvaient les trompes et les ovaires.

Dans le cas de Duret, l'inversion était complète; l'auteur, après avoir délimité, par le palper, la situation du col, incisa le cul-de-sac antérieur et explora l'infundibulum; faisant ensuite l'hémisection de l'utérus, il termina l'opération par la ligature des ligaments larges et la suture de la paroi utérine incisée.



Opération de Duret pour inversion utérine irréductible.

Fig. 147. — Utérus renversé. — Premier temps : Incision du cul-de-sac vaginal postérieur en C.

Fig. 148. — Deuxième temps; Incision de la face postérieure de l'utérus et du col dans toute leur épaisseur. Les parties incisées sont indiquées par un fin pointillé pour toute la paroi postérieure de U'.

En résumé, le traitement de l'inversion utérine devra toujours s'adresser d'abord aux méthodes de réduction. On a le choix entre les procédés lents de douceur et les procédés de force par réduction manuelle. Lorsque ces tentatives auront échoué, la méthode de Küstner est recommandable, puisqu'elle permet d'explorer l'infundibulum et laisse, en cas d'échec, la possibilité de faire l'hystérectomie. Lorsque l'inversion est irréductible, lorsque la tumeur est étranglée et sphacélée, l'hystérectomie vaginale constitue le procédé de choix.

Duret (1) a pratiqué plus récemment une opération qui se rapproche dans certains détails de celle de Küstner. Elle comprend les temps suivants :

(1) DURET, *Sem. gynécol.*, 2 août 1898, p. 241.