

Le raccourcissement des ligaments ronds, qui a été imaginé pour les rétroversions, a été aussi appliqué aux prolapsus. Polk⁽¹⁾ a obtenu 15 succès par cette opération seule. Matlakowski⁽²⁾ a publié 4 bons résultats. Il est vrai qu'on pourrait citer bien des revers. Je crois que cette opération qui est bonne pour les rétroversions réductibles est complètement insuffisante quand il s'agit de prolapsus. Il faut toujours faire la réfection des moyens de contention, c'est-à-dire les opérations périnéo-vaginales. Mais, lorsqu'on a reconstitué le vagin et le périnée, il est peut-être excellent de faire le raccourcissement des ligaments ronds. C'est le seul des agents de suspension de l'utérus sur lequel on puisse agir aisément. L'opération d'Alexander rendrait dans ces cas de grands services, non pas en suspendant l'utérus, mais en le maintenant en antéversion. Ce serait une bonne précaution contre la récurrence, car un utérus en antéversion, je l'ai précédemment exposé, ne peut tomber en prolapsus.

On a employé aussi la gastro-hystéropexie dans le cas de prolapsus. Seule, cette opération est insuffisante. Elle ne s'adresse qu'à un des éléments du prolapsus en laissant tous les autres de côté. On comprend que ses résultats ne puissent pas être durables. Kleinwöchter⁽³⁾ a fait remarquer, qu'il n'y avait que 2 cas dont la guérison ait été constatée plus d'un an et demi après l'opération. Comment peut-on espérer obtenir des résultats définitifs, puisque, ainsi que le fait observer Freund, après l'hystérectomie avec fixation extra-péritonéale du pédicule, on voit quelquefois ce pédicule se détacher de la paroi.

Quand il s'agit de prolapsus compliqué, on peut être autorisé à pratiquer l'hystérectomie. Si le prolapsus a été déterminé par un fibrome, l'hystérectomie est tout indiquée. Si le prolapsus est complètement irréductible, on ne peut appliquer aucune des opérations dont je viens de parler et, si les symptômes nécessitent une intervention, c'est l'hystérectomie vaginale qu'il convient de pratiquer. Mais il ne faut pas se hâter de déclarer un prolapsus irréductible : quelquefois avec des manœuvres patientes, des pressions continues, des massages, on diminue l'œdème, l'épaississement des tissus, et l'on peut arriver à réduire un prolapsus qui avait paru irréductible.

Quand on est conduit à pratiquer l'hystérectomie, il faut bien se garder de croire que l'opération suffit par elle-même à guérir le prolapsus. L'utérus enlevé, le prolapsus du vagin, la colpocèle, la cystocèle se reproduisent parfaitement. Il faut donc dans ces cas faire l'hystérectomie d'une manière spéciale. D'abord il faut au lieu de pinces à demeure employer les ligatures. Quénu conseille en outre de nouer les fils du côté droit avec ceux du côté gauche, de manière à constituer une porte de sangle. C'est une bonne précaution. J'en ai joint une autre qui consiste à faire en même temps que l'hystérectomie une colporrhaphie antérieure et à amener les ligaments ronds sous la vessie et l'urètre jusqu'auprès du méat pour renforcer toute la paroi antérieure du vagin. J'ai décrit cette opération sous le nom de colpocystopexie.

Tuffier a récemment proposé de fixer, après l'hystéropexie, le moignon du vagin à la paroi abdominale antérieure. Après avoir enlevé l'utérus par la voie vaginale, il fait une laparotomie pour pratiquer la vaginopexie.

(1) POLK, *Amer. Journal of obst.*, 1886, p. 606.

(2) MATLAKOWSKI, *Przelad cekarski*, 1887, n° 29-31.

(3) KLEINWÖCHTER, *Zeit. für Geb. und Gyn.*, vol. XXI, p. 2

VIII

INVERSION

On désigne sous le nom d'inversion ou de renversement l'invagination de l'utérus. On lui distingue trois degrés : dans le *premier*, le fond de l'utérus invaginé reste dans la cavité utérine, c'est-à-dire qu'il ne descend pas au-dessous de l'orifice externe du col ; ce stade est toujours transitoire, car l'inversion de ce degré ou se réduit, ou se complète ; dans le *deuxième degré*, le fond et une partie plus ou moins considérable du corps sort par l'orifice externe du col et occupe le vagin ; mais le col lui-même reste en place. Dans le *troisième degré*, l'utérus est complètement renversé, y compris le col. Toute la face interne, muqueuse, est devenue externe. Ce dernier degré ne s'observe que quand il se joint à l'inversion utérine, une inversion, c'est-à-dire un prolapsus du vagin.

Le second degré est de beaucoup le plus fréquent. Le corps de l'utérus, retourné et étranglé par le col, augmente de volume ; il forme une tumeur considérable, molle, qui occupe les deux tiers du vagin, ou bien qui est située hors de la vulve, lorsqu'il existe en même temps du prolapsus. A la partie supérieure, la tumeur s'amincit et elle est comme sertie par le col, ce qui lui donne l'apparence pédiculée. Entre le col et la tumeur existe un sillon étroit, dans lequel on peut engager un stylet. La profondeur à laquelle pénètre le stylet indique exactement quelle est l'étendue du col qui est restée en place, et par suite quelle est l'étendue du corps qui a subi l'inversion. Souvent le sillon est plus profond en avant qu'en arrière, ce qui indique que la paroi postérieure s'est plus invaginée que la paroi antérieure, fait facile à comprendre, car la paroi postérieure revêtue du péritoine est plus souple que la paroi antérieure adhérente à la vessie.

Quand l'utérus en inversion sort de la vulve, c'est-à-dire lorsqu'il existe en même temps une inversion du vagin, le plus souvent, dit Schultze, l'inversion de l'utérus se complète, le col lui-même se retourne, et alors la face muqueuse de l'utérus se continue sans transition avec la face muqueuse du vagin ; les faces internes de ces deux organes sont devenues externes et regardent au dehors.

Si on examine le bassin du côté du péritoine, on trouve, lorsque l'inversion ne s'accompagne pas de prolapsus, entre la vessie et le rectum, un orifice étroit dans lequel s'engage le péritoine. Les ligaments larges, avec l'extrémité interne des trompes et des ligaments ronds, convergent vers cet entonnoir. Quand l'inversion se produit immédiatement après l'accouchement, la dépression est beaucoup plus vaste et profonde, les trompes tout entières, les ovaires et quelquefois des anses intestinales, s'y engagent.

Quand l'inversion se produit pendant la période puerpérale, le col exerce une certaine striction sur le corps ; en outre, les vaisseaux sont plus ou moins tirillés et coudés, ce qui entraîne des troubles vasculaires graves. La stase sanguine en est la première manifestation : le sang arrivant encore par les artères et ne pouvant revenir par les veines, il se produit des hémorragies redoutables. Quand la striction est plus considérable encore, toute circulation est suspendue, et la portion invaginée se gangrène.

Cependant, et c'est là un des faits les plus curieux de l'inversion qui suit les

couches, s'il ne survient pas d'accidents mortels, si l'invagination n'est pas réduite, l'utérus en inversion subit régulièrement l'involution post-puerpérale et plus tard la régression sénile.

Quand l'inversion existe depuis un certain temps, la muqueuse utérine extériorisée subit des modifications. Son épithélium cylindrique se transforme en épithélium pavimenteux. Elle peut encore s'ulcérer et se souder à la paroi du vagin. Bien autrement importantes sont les modifications qui se passent du côté de l'autre face, la face séreuse de l'organe. Les parois péritonéales amenées au contact peuvent contracter des adhérences solides, qui rendent l'inversion irréductible.

Enfin, dans un grand nombre d'inversions survenues en dehors de la période puerpérale, on trouve sur la muqueuse extériorisée des tumeurs, le plus souvent des fibromyomes plus ou moins pédiculés, qui sont non pas la conséquence de l'inversion, mais sa cause.

Étiologie et pathogénie. — Schultze dit excellemment : « L'élargissement de la cavité utérine, le ramollissement partiel des parois de l'organe, particulièrement du fond, sont les conditions nécessaires pour que l'inversion utérine puisse se produire. Aussitôt que, dans ces conditions, la pression intra-utérine est au-dessous de la pression intra-abdominale, il se produit une inversion de la partie de l'utérus qui est relâchée. »

Ces conditions se trouvent remplies dans deux circonstances différentes : 1° après l'accouchement, et 2° lorsqu'il existe une tumeur distendant la cavité du corps de l'utérus. Après l'accouchement, le ramollissement porterait surtout, d'après Rokitansky, sur la région où s'implantait le placenta, si bien qu'il a décrit l'inversion comme une paralysie de la zone placentaire. Cette conception est un peu théorique; car il paraît démontré que c'est le fond de l'utérus qui s'invagine toujours le premier, et non la région où s'insérait le placenta. Dans ces cas, c'est, comme l'a dit Schultze, la pression intra-abdominale qui pèse sur le fond de l'utérus et produit son renversement; mais dès que le fond de l'utérus est invaginé dans le corps, intervient un autre mécanisme; ce sont les contractions de la portion de l'utérus non encore invaginé, qui tendent à expulser le corps étranger représenté par la portion invaginée. Ainsi l'invagination s'exagère sans cesse.

En cas de tumeur ayant distendu la cavité utérine, et ce sont presque toujours des fibromyomes du fond de l'utérus, les contractions expulsives agissent d'abord sur cette tumeur, et c'est son pédicule qui entraîne la paroi utérine. Quelquefois ce sont les tractions exercées par le chirurgien qui produisent l'inversion : ainsi lorsque le placenta est adhérent, ainsi encore lorsqu'on veut extirper un polype.

Les inversions d'origine puerpérale sont les plus fréquentes. Cross, sur 400 cas d'inversion, en compte 550 consécutifs à l'accouchement, et 50 aux polypes. Il ne faudrait pas croire, d'après ces chiffres, que l'inversion est fréquente après les accouchements; il s'en faut de beaucoup. D'après les statistiques de Beigel, on n'en rencontrerait qu'une sur 190 000 accouchements.

Symptômes. — L'inversion puerpérale se produit dans deux conditions différentes, ou bien immédiatement après l'accouchement, ou bien plus tard avant que l'utérus n'ait subi son involution.

Quand l'inversion se produit immédiatement après l'accouchement, elle est souvent la conséquence de tractions maladroitement exercées sur le cordon. L'inversion se produit alors d'une manière brusque et c'est un accident terrible. Il s'accompagne d'une hémorragie formidable qui peut entraîner la mort en moins d'une heure. Quelquefois même la mort survient plus rapidement, en dix minutes ou un quart d'heure; on l'attribue alors à la syncope. Le fond de l'utérus vient faire saillie hors de la vulve, avec le placenta qui y adhère. En général, le placenta enlevé, l'inversion se laisse facilement réduire. Il y a des cas cependant où la réduction a été impossible⁽¹⁾.

Quand la réduction n'est pas tentée ou pas obtenue, le corps de l'utérus invaginé peut se sphacéler et il survient des accidents péritonéaux graves. Quelquefois cependant l'utérus peut être éliminé par sphacèle, sans qu'il survienne d'accidents. Dans d'autres cas, l'intestin s'engage dans la dépression formée par l'utérus, et peut même s'y étrangler. Mais les choses se passent parfois d'une manière plus simple. L'hémorragie s'arrête, il ne survient ni étranglement, ni gangrène : l'utérus inversé subit, ainsi que je l'ai déjà dit, l'involution puerpérale, et finalement l'inversion devenue chronique se comporte comme si elle avait une tout autre origine.

Quand l'inversion puerpérale est plus tardive, les phénomènes sont beaucoup moins aigus.

L'inversion due à une tumeur utérine se produit bien rarement d'une manière brusque. « Des hémorragies, des écoulements séreux, des douleurs sous forme de contractions utérines avaient quelquefois, pendant des années, accompagné le développement de la tumeur. Ces symptômes prennent une intensité de plus en plus grande jusqu'au moment où l'inversion se produit à la suite d'une hémorragie plus considérable » (Schultze). Quelquefois même l'inversion se fait d'une manière tout à fait sourde, si bien que, même en cherchant avec soin dans les antécédents de la malade, on ne peut savoir quand elle s'est produite. A côté de ces cas-là, il faut dire qu'il y en a d'autres où les phénomènes d'étranglement sont tels que le corps de l'utérus se gangrène, accident qui, s'il n'entraîne pas la mort, peut amener la guérison de l'inversion par élimination du corps de l'utérus.

L'inversion une fois constituée passe à l'état chronique et détermine des troubles analogues à ceux du prolapsus. Elle tend à persister indéfiniment. Il y a cependant des cas authentiques où l'inversion s'est réduite d'une manière absolument spontanée (Katscher, Baudelocque, Meighi, Spiegelberg). Récemment Brewis⁽²⁾ a cité un cas où une inversion qui avait résisté à toutes les manœuvres de réduction, s'est réduite spontanément au bout de deux jours. Dans d'autres cas, la réduction se fait spontanément, mais seulement après qu'on a enlevé la tumeur qui l'a produite.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'inversion puerpérale aiguë est pour ainsi dire évident. L'inversion chronique est souvent facile à reconnaître, mais on peut commettre des erreurs. L'une, la plus dangereuse, consiste à prendre le corps de l'utérus en inversion pour un polype; l'autre consiste à méconnaître

⁽¹⁾ BATTLEHUER, Congrès de la Soc. allem. de gynéc. à Halle, mai 1888. *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 26, p. 427.

⁽²⁾ BREWIS, *Edinb. med. Journal*, juillet 1888.

l'inversion accompagnant une tumeur. J'ai déjà exposé ce diagnostic différentiel en traitant des fibromyomes, je n'y reviens pas.

Traitement. — Je renvoie pour le traitement de l'inversion puerpérale aux traités d'obstétrique.

Les manœuvres de réduction dans les cas d'inversion chronique sont d'autant plus laborieuses que le cas est plus ancien. Cependant on a pu réduire des inversions qui dataient de trente ans ⁽¹⁾.

Ces manœuvres consistent en une sorte de taxis qu'on pratique sous le chloroforme. Schultze recommande bien de ne pas pousser directement sur le fond de l'utérus. Il faut agir sur les parties latérales, de manière à faire rentrer les divers segments de l'utérus dans un ordre inverse à celui de leur sortie. Quelquefois on adjoint à ces manœuvres la dilatation, ou mieux les incisions libératrices du col (Courty, Barnes).

Les divers instruments qu'on avait imaginés pour faire ce taxis ne sont plus employés par personne.

Gaillard Thomas a essayé de faire la réduction par la voie péritonéale. Après avoir fait la laparotomie, il dilate l'anneau formé par le col au moyen d'un instrument spécial, et refoule ensuite l'utérus par le vagin. La première malade a guéri après divers accidents, mais la seconde est morte de péritonite. Munde ⁽²⁾ ayant voulu employer la même méthode n'a jamais pu réduire l'utérus. L'opération de Gaillard Thomas ne peut donc pas être recommandée.

Il faut bien savoir qu'avec de la patience, on peut réduire beaucoup d'inversions par les méthodes de douceur. C'est la pression continue sur la tumeur, dit M. Pozzi, qui est le moyen curatif par excellence. Hofmeier ne l'a jamais vu échouer. Les pessaires Gariel, le colpeurynter sont excellents pour exercer cette pression continue. M. Pozzi leur préfère le tamponnement à la gaze iodoformée. Ce traitement est long; il faut s'armer de patience et au besoin le continuer plusieurs mois.

Lorsque la réduction est impossible, il ne reste plus qu'à enlever la partie inversée de l'utérus soit à l'écraseur, soit à l'anse galvano-caustique, soit avec la ligature à traction élastique de Périer ⁽³⁾, ou bien à faire l'hystérectomie vaginale totale.

CHAPITRE VI

DIFFORMITÉS DE L'UTÉRUS

Les malformations congénitales de l'utérus ont été complètement étudiées avec celles du vagin; je n'ai pas à y revenir. Je dirai seulement un mot des difformités acquises.

Atrésie du col. — L'atrésie acquise du col reconnaît un assez grand nombre de causes : les eschares produites par l'accouchement ou par des cautérisations

⁽¹⁾ Thèse de Paris, 1881.

⁽²⁾ MUNDE, *Amer. Journal of obst.*, 1888, p. 1279.

⁽³⁾ PÉRIER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 16 juin 1880, p. 579.

exagérées; les amputations du col mal faites; l'atrophie sénile; enfin la présence de tumeurs. Les symptômes, quand la femme est encore réglée, sont les mêmes que dans les atrésies congénitales. Quand l'oblitération se produit après la ménopause, il ne survient de symptômes que si la muqueuse utérine sécrète du pus; il se produit alors une pyométrie. Le traitement consiste à rétablir la perméabilité du col et à désinfecter la cavité utérine.

Sténose du col. — La sténose congénitale coïncide d'ordinaire avec la forme conique du col. La sténose acquise reconnaît les mêmes causes que l'atrésie. Elle se manifeste par des phénomènes dysménorrhéiques et la stérilité. Les traitements qu'on a proposés sont nombreux. La section, l'incision, la discision des orifices utérins avec ou sans métrotome doivent être abandonnées. Le traitement électrique ne donne pas de meilleurs résultats que la dilatation. C'est donc à cette dernière qu'il faut recourir, si le rétrécissement est léger; mais s'il est considérable, il vaut mieux faire l'amputation du col, plus ou moins haut suivant le siège de la sténose.

Atrophies de l'utérus. — On distingue l'atrophie congénitale et l'atrophie acquise. L'atrophie dite à tort congénitale est un arrêt de développement qui se produit au moment de la puberté. L'organe ne subit pas la dernière phase de son développement, celle qui le rendrait utile. Dans certains cas, l'arrêt de développement de l'utérus retentit sur l'ensemble de l'organisme, et les femmes gardent l'apparence de l'infantilisme. Mais, dans d'autres cas, rien ne révèle à l'extérieur cette insuffisance des organes génitaux, si ce n'est peut-être l'étroitesse du bassin. Cette atrophie de l'utérus entraîne quelquefois une aménorrhée complète; dans d'autres cas, la menstruation s'établit, mais avec des phénomènes dysménorrhéiques. Il n'y a pas de traitement efficace de cet état : il faut se borner à une thérapeutique symptomatique.

L'atrophie acquise est normale dans la vieillesse; je ne parlerai pas de celle qui succède à l'ablation des ovaires. Quelquefois après l'accouchement, l'involution de l'utérus se fait d'une manière exagérée, et l'utérus devient à la suite de ce travail plus petit qu'il n'était auparavant. Il y a même des cas où il semble disparaître complètement : on dit alors qu'il y a *superinvolution*. On l'a attribuée à la lactation prolongée, aux grandes pertes de sang, à toutes les maladies débilitantes, aux lésions des annexes. M. Pozzi pense que l'atrophie de l'utérus peut être amenée par l'amputation conoïde du col.

Cet état s'accuse uniquement par la cessation des règles et la diminution de volume de l'utérus.

Le traitement doit s'adresser avant tout à l'état général; on peut y joindre des irrigations vaginales chaudes. M. Pozzi conseille le cathétérisme fréquent.

Du reste la superinvolution puerpérale peut n'être que temporaire.

Hypertrophie. — J'ai déjà décrit les hypertrophies du col soit au chapitre des métrites, soit et surtout au chapitre des prolapsus.

On a décrit autrefois sous le nom d'hypertrophie générale de l'utérus, d'hypertrophie primitive (Courty), d'hypertrophie nutritive (Brau), des cas que nous faisons rentrer aujourd'hui dans la métrite parenchymateuse et surtout dans la subinvolution puerpérale.

M. Polaillon ⁽¹⁾ a décrit sous le nom de *gigantisme utérin* « une hypertrophie régulière de tous les éléments qui forment l'utérus, avec cette particularité que

⁽¹⁾ POLAILLON, *Union méd.*, 22 nov. 1887, t. XLIV, p. 745.

la cavité utérine subit un élargissement proportionnel à l'épaississement des parois ». Il a rapporté l'observation d'une femme de quarante ans, qui avait eu un enfant à vingt-trois, et qui présentait un utérus énorme (la cavité de l'utérus n'a pas été exactement mesurée). M. Polaillon a fait la castration avec succès.

ANNEXES DE L'UTÉRUS

OVAIRES — TROMPES — LIGAMENTS LARGES — PÉRITOINE PELVIEN

Par le D^r PAUL SEGOND

Chirurgien des hôpitaux. — Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES

Les phlegmasies péri-utérines comprennent trois variétés distinctes : les *salpingo-ovarites*, les *phlegmons*, les *péritonites pelviennes*. L'individualité de ces trois localisations inflammatoires n'a pas été toujours reconnue, tant s'en faut. On a d'abord pensé, avec Nonat, que toute tumeur douloureuse péri-utérine devait être un phlegmon ; plus tard, Bernutz et Goupil ont voulu déposer le tissu cellulaire au bénéfice du péritoine ; enfin, depuis que la vulgarisation de l'opération de Lawson Tait nous a démontré l'exagération des deux précédentes doctrines, les salpingites ont pris la place qui leur est due. Ici encore, on a même failli dépasser la mesure, et quelques gynécologistes, trompés par la fréquence d'ailleurs indiscutable des phlegmasies annexielles, ont cru qu'elles étaient la cause unique des suppurations péri-utérines. Ces trois phases de l'histoire des phlegmasies péri-utérines, dont l'étude complète n'aura bientôt plus qu'un intérêt bibliographique, n'en sont pas moins très utiles à retenir, parce que, suivant la remarque de Delbet, les trois grandes conceptions qui leur correspondent ont chacune leur part de vérité. « Leur exagération seule est vicieuse. Le phlegmon de Nonat existe, la pelvi-péritonite existe, les salpingites existent. Si l'on peut encore discuter sur la fréquence relative de ces affections, il n'est plus permis de les nier. Chacune d'elles a droit à une place spéciale dans la nosologie » (1).

I

SALPINGO-OVARITES

L'histoire nosologique de ces affections est de date relativement récente, et, comme le dit Delbet, « il a fallu que les salpingites fussent traitées chirurgi-

(1) P. DELBET, *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, p. 6.