

La colporaphie antérieure ;

La colpo-périnéoraphie ;

Le raccourcissement inguinal des ligaments ronds.

Alors que la femme a franchi la ménopause au lieu de recourir à cet ensemble opératoire un peu compliqué bien que non dangereux, il sera préférable de pratiquer l'hystérectomie vaginale totale ; l'opération est, il est vrai, un peu plus sérieuse, mais l'intervention se trouve ainsi simplifiée.

## CHAPITRE VII

---

# INVERSION UTÉRINE



SOMMAIRE

|                                                          | Pages. |
|----------------------------------------------------------|--------|
| <i>Définition.</i>                                       |        |
| <i>Anatomie pathologique.</i>                            |        |
| 1 <sup>er</sup> degré. Inversion intra-utérine . . . . . | 442    |
| 2 <sup>e</sup> — — — intra-vaginale . . . . .            | 442    |
| 3 <sup>e</sup> — — — extérieure . . . . .                | 442    |
| <i>Etiologie.</i>                                        |        |
| Variété puerpérale . . . . .                             | 443    |
| — apuerpérale . . . . .                                  | 443    |
| <i>Symptômes et diagnostic.</i>                          |        |
| Inversion puerpérale . . . . .                           | 443    |
| — apuerpérale . . . . .                                  | 444    |
| <i>Traitement.</i>                                       |        |
| a. Inversion puerpérale . . . . .                        | 450    |
| 1. Récente . . . . .                                     |        |
| 2. Ancienne . . . . .                                    |        |
| a. Traitement manuel . . . . .                           | 451    |
| b. Traitement instrumental . . . . .                     | 453    |
| c. Traitement opératoire . . . . .                       |        |
| 1. Réduction . . . . .                                   | 454    |
| 2. Hystérectomie . . . . .                               | 455    |
| b. Inversion apuerpérale ou polypeuse . . . . .          | 456    |
| Traitement opératoire . . . . .                          |        |

## INVERSION UTÉRINE

Prenons le cadavre d'une femme morte peu après la délivrance et dont les organes génitaux, l'utérus en particulier, présentent une grande flaccidité. L'abdomen ouvert, appuyons avec un doigt au niveau d'une corne utérine dans la direction du col utérin; sous l'influence de la pression digitale, l'utérus va se creuser en cupule, et la cupule ira grandissant 1, 2, 3 (fig. 463).

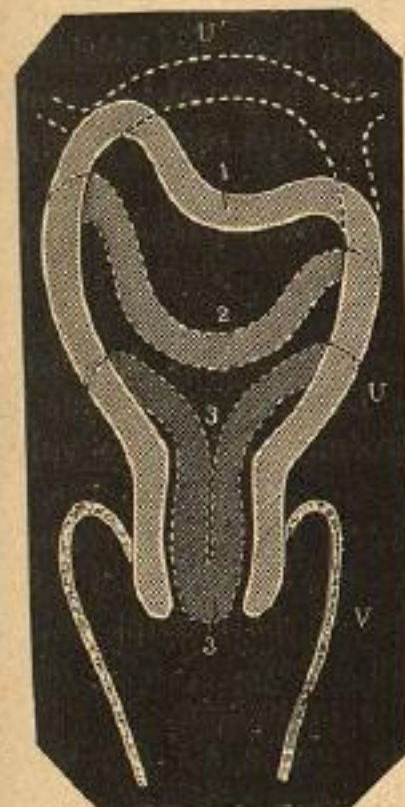


Fig. 463. — Inversion intra-utérine ou du premier degré.

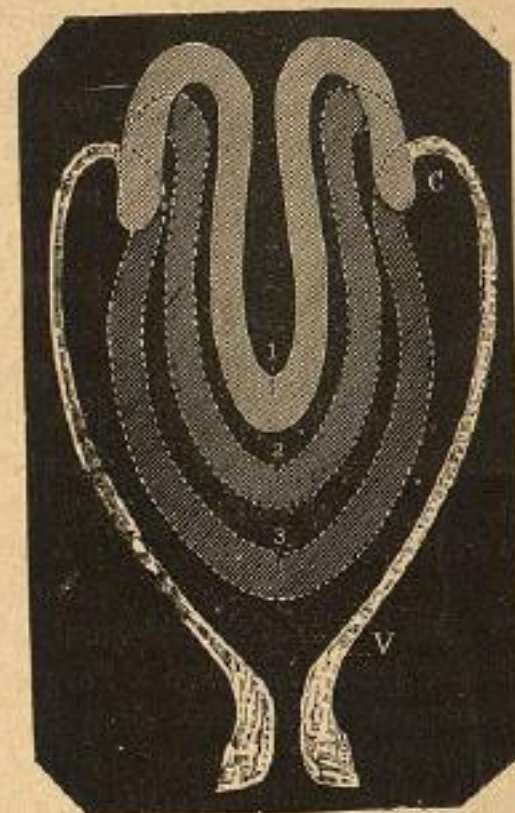


Fig. 464. — Inversion intra-vaginale ou du second degré.

Continuons la pression, et si le doigt n'est pas assez long, remplaçons-le par une tige mousse, l'utérus achève de se retourner et envahit petit à petit le vagin, 1, 2, 3 (fig. 464).

Pressons toujours, l'utérus complètement retourné franchit l'orifice vulvaire entraînant à sa suite le vagin, 1, 2, 3 (fig. 465).



Nous venons de produire expérimentalement ce qu'on désigne cliniquement sous le nom d'*inversion utérine*.

L'inversion utérine présente donc trois degrés :

PREMIER DEGRÉ. — *Inversion intra-utérine* (fig. 463-1, 2, 3). — Le fond de l'utérus, dans sa descente, ne franchit pas l'orifice externe du museau de tanche, de telle sorte que le doigt explorant le vagin ne peut le rencontrer à moins de pénétrer dans la cavité utérine.

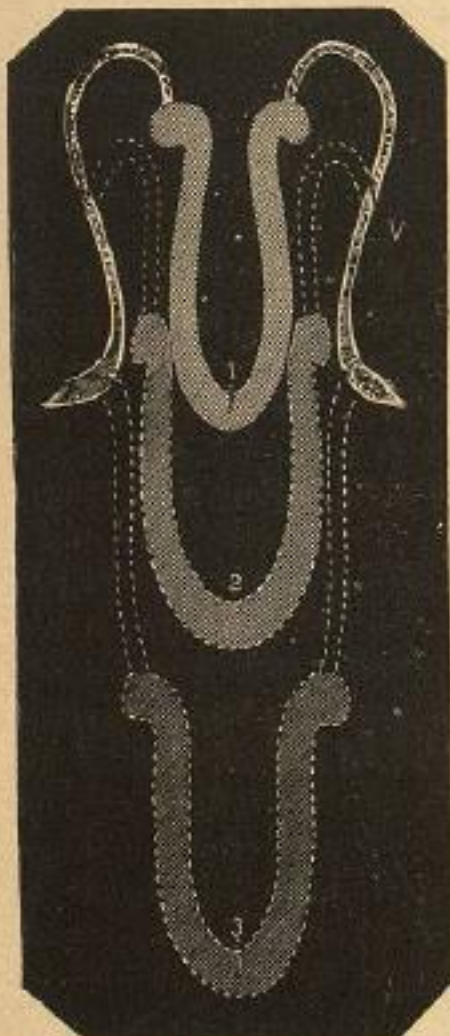


Fig. 465. — Inversion extérieure ou du troisième degré.

trouve plus à son niveau normal, les ligaments qui le soutiennent ont dû se relâcher pour permettre à l'organe de pointer au dehors.

Le prolapsus s'accroît avec la saillie même de la tumeur.

Le retournement complet de l'utérus et du vagin, qui a été représenté comme dernier et ultime stade de l'inversion dans la figure schématique 465 (c'est-à-dire figure 465-3), n'existe pas cliniquement, ou du moins je ne crois pas qu'on en ait encore cité d'exemple.

La caractéristique clinique de ces trois degrés ressort clairement de ce qui vient d'être dit :

|                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| 3 <sup>e</sup> degré, | accessible à la vue.         |
| 2 <sup>e</sup> — —    | — au doigt.                  |
| 1 <sup>er</sup> — —   | — à la palpation abdominale. |

DEUXIÈME DEGRÉ. — *Inversion intra-vaginale* (fig. 464-1, 2, 3). — L'orifice externe est franchi par le fond de l'utérus qui s'approche plus ou moins de la vulve sans toutefois dépasser à son niveau.

Dans sa conformation, la tumeur présente une grande analogie avec un polype fibreux venant faire saillie dans le vagin.

Du côté de l'abdomen, la cupule utérine est comblée par les ligaments larges et les organes qui en dépendent : ligaments ronds, trompes, ovaires.

Une anse intestinale vient parfois s'y engager.

TROISIÈME DEGRÉ. — *Inversion extérieure* (fig. 465-1, 2, 3). — Le fond de l'utérus par sa face muqueuse proémine à l'orifice vulvo-vaginal.

A ce troisième degré, il y a un véritable prolapsus de l'utérus, car le col utérin ne se

On pourrait encore dire :

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| 3 <sup>e</sup> degré, | inversion visible. |
| 2 <sup>e</sup> — —    | — tangible.        |
| 1 <sup>er</sup> — —   | — palpable.        |

L'utérus ne s'inverse que dans deux circonstances : à la suite de l'accouchement ou avec une tumeur fibreuse appendue à sa face interne.

Il y a donc au point de vue étiologique :

|                                          |
|------------------------------------------|
| Une inversion puerpérale ;               |
| — apuerpérale, encore appelée polypeuse. |

La première est sept fois plus fréquente que la seconde; néanmoins l'inversion puerpérale est elle-même rare, puisqu'on ne la trouve qu'une fois environ sur dix mille accouchements.

L'*inversion puerpérale* survient après l'accouchement, avant ou après la délivrance; tantôt brusque, tantôt au contraire se faisant avec une certaine lenteur. On a accusé les tractions sur le cordon de la produire, mais cette explication, séduisante pour un débutant, est moins satisfaisante que celle qui attribue le renversement à une paralysie partielle de l'utérus; le muscle utérin, paralysé dans une partie de son étendue, céderait et se retournerait sous le poids de la pression abdominale ou des efforts de la femme.

L'*inversion apuerpérale* est la conséquence d'un fibrome sessile ou pédiculé, appendu à la face interne et de préférence vers le fond de l'utérus. L'utérus, en expulsant la tumeur, se renverse en même temps, un peu comme la personne qui, voulant en jeter une autre à l'eau, y tombe avec elle. L'utérus accouche de la tumeur et de lui-même, de telle sorte que, quand le fibrome est dans le vagin, l'inversion est produite.

Dans les deux variétés d'inversion, le deuxième degré peut se transformer en troisième sous l'influence des efforts de la femme, qui tendent à expulser l'utérus à travers l'orifice vulvaire; cette tendance serait facilitée s'il existait un prolapsus antérieur ou si les tissus mous présentaient une grande laxité.

L'aspect clinique varie essentiellement suivant la cause et le degré de l'inversion.

INVERSION PUERPÉRALE. — La femme vient d'accoucher; au moment de la délivrance, avant ou après la sortie du placenta, il se produit une hémorragie abondante, parfois précédée d'une douleur assez aiguë (attribuée au retournement de l'utérus), on cherche avec la main, à travers la paroi abdominale, le globe utérin, mais au lieu de le sentir dur et arrondi, on trouve sur un point de sa surface, une dépression plus ou moins profonde (fig. 466) dans laquelle les doigts peuvent s'engager comme dans un cul-de-sac; le toucher vaginal ne donne aucun renseignement spécial, à moins que le fond de l'utérus n'arrive au voisinage de l'orifice externe, et ne soit ainsi accessible



au doigt vaginal. Le toucher intra-utérin permet, quand il est possible, de constater directement le retournement de l'organe.

A un degré plus avancé, la main ne sent plus le globe utérin à travers la paroi abdominale, mais le doigt rencontre dans le vagin (fig. 467) la tumeur formée par l'utérus retourné, tumeur assez égale, molle, dépressible, saignant abondamment; en allant dans le cul-de-sac antérieur et en franchissant l'orifice utérin, le doigt est arrêté par la paroi utérine formant elle-même un cul-de-sac.

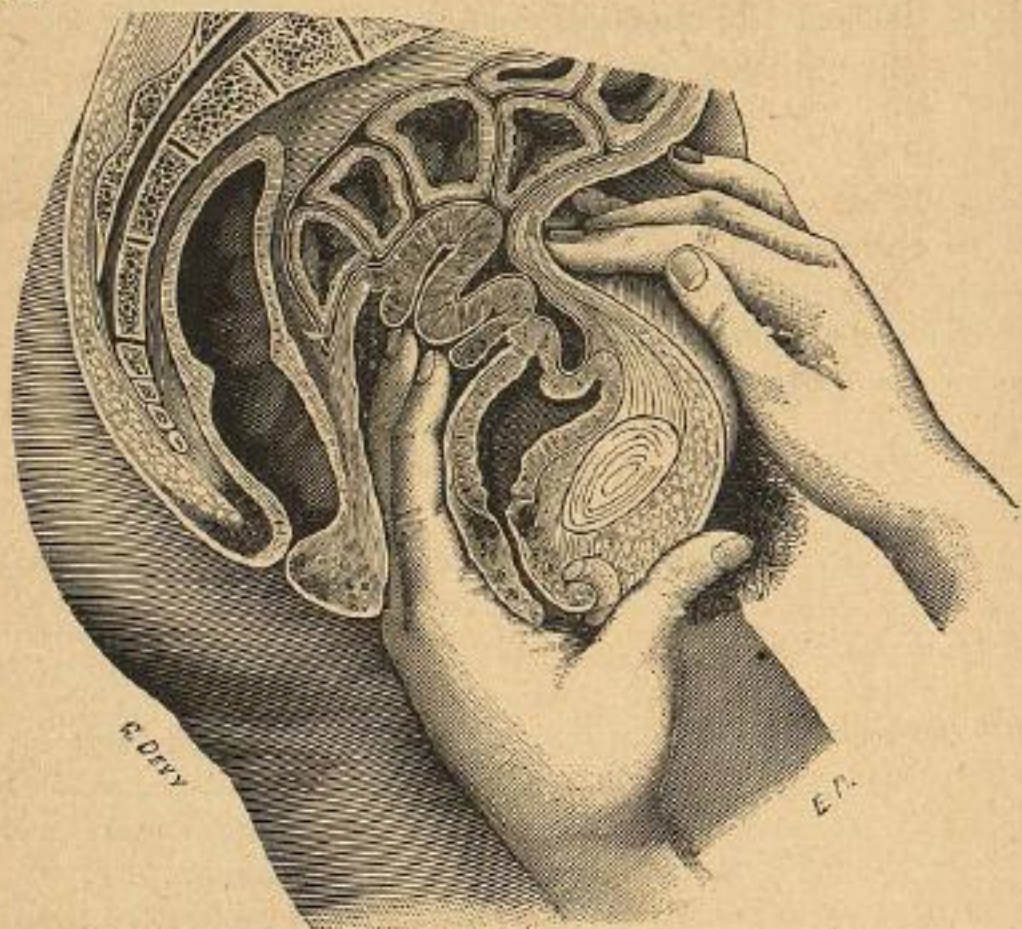


Fig. 466. Exploration digitale dans l'inversion du premier degré.

(L'inversion est représentée à la limite du premier degré, aussi le fond de l'utérus devient accessible au doigt vaginal, alors qu'il ne l'est pas quand l'inversion est moins prononcée.)

Au troisième degré (fig. 468), la tumeur fait saillie à l'extérieur sous la forme d'une sphère violacée, inégale et tourmentée quant à son aspect extérieur, molle et dépressible lorsqu'on la comprime entre les doigts; à sa surface on aperçoit parfois deux orifices qui sont l'embouchure des trompes. En essayant de pénétrer dans le vagin, le doigt est bientôt arrêté par le cul-de-sac formé par la paroi vaginale que l'utérus a abaissée.

Si la femme n'est pas secourue, l'hémorragie peut causer la mort assez promptement (mort par choc d'après certains auteurs); dans d'autres cas, l'écoulement se tarit et l'inversion devient chronique; dans quelques cas exceptionnels, on a noté une réduction spontanée.

**INVERSION APUERPÉRALE.** — Par le fait de son fibrôme, la femme avait des phénomènes de métrite plus ou moins intense; l'inversion en se produisant modifie peu ces symptômes, sinon en les aggravant.

C'est l'examen direct qui permettra de reconnaître l'inversion compliquant

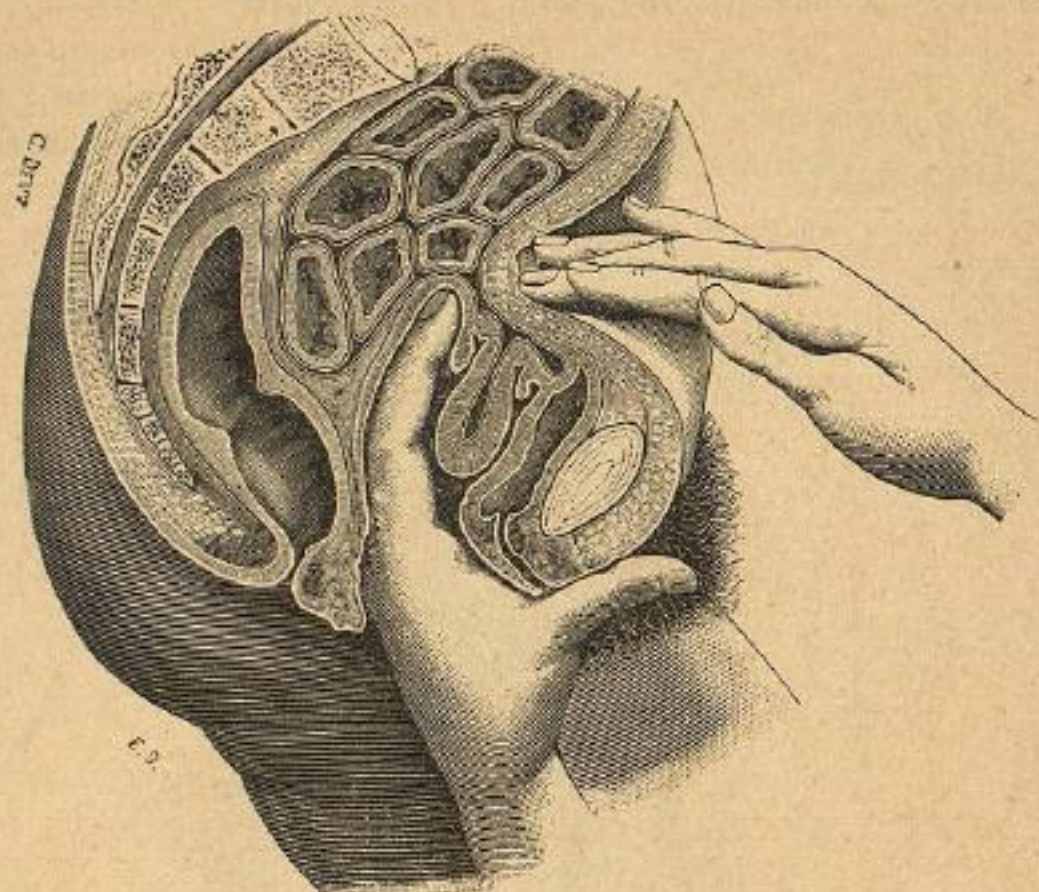


Fig. 467. — Exploration digitale de l'inversion utérine du second degré.

le fibrôme et dont la production se fait toujours avec une certaine lenteur.

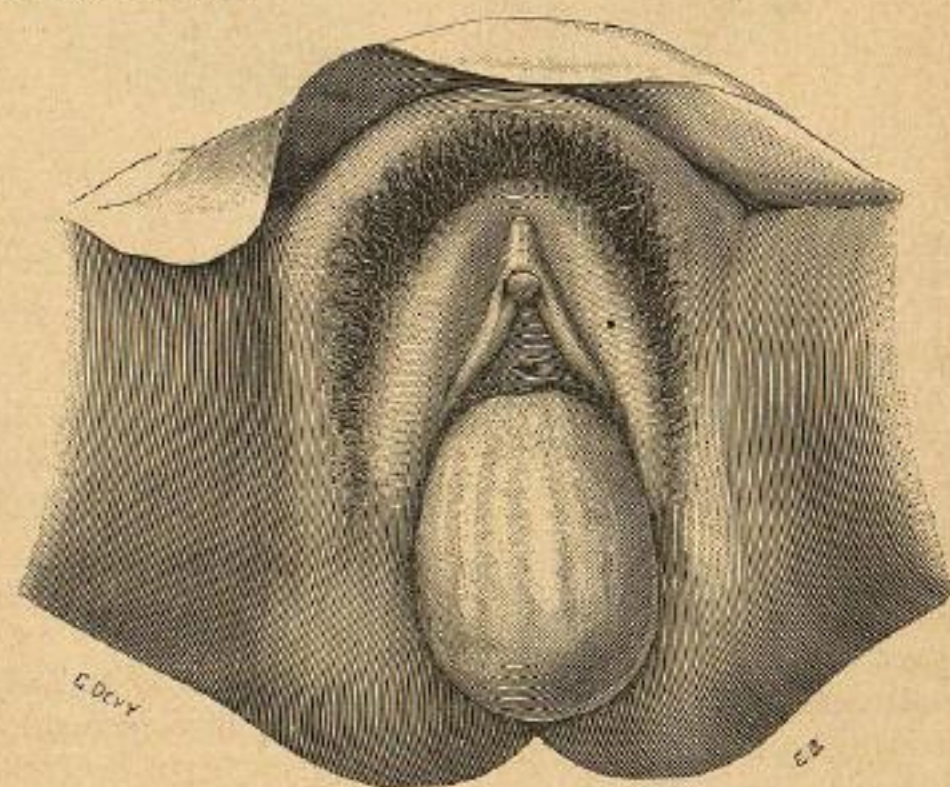


Fig. 468. — Inversion du troisième degré.

Si l'inversion est extérieure, la vue permettra de porter le diagnostic, que



confirmera le toucher, en fournissant des renseignements analogues à ceux décrits pour l'inversion puerpérale de même degré.

Si l'inversion est intra-vaginale, le doigt, remplaçant l'œil, délimitera deux tumeurs, l'une constituée par le fibrome et l'autre par l'utérus retourné.

Le diagnostic est beaucoup plus difficile s'il s'agit d'une inversion intra-utérine, et surtout si elle est peu accentuée.

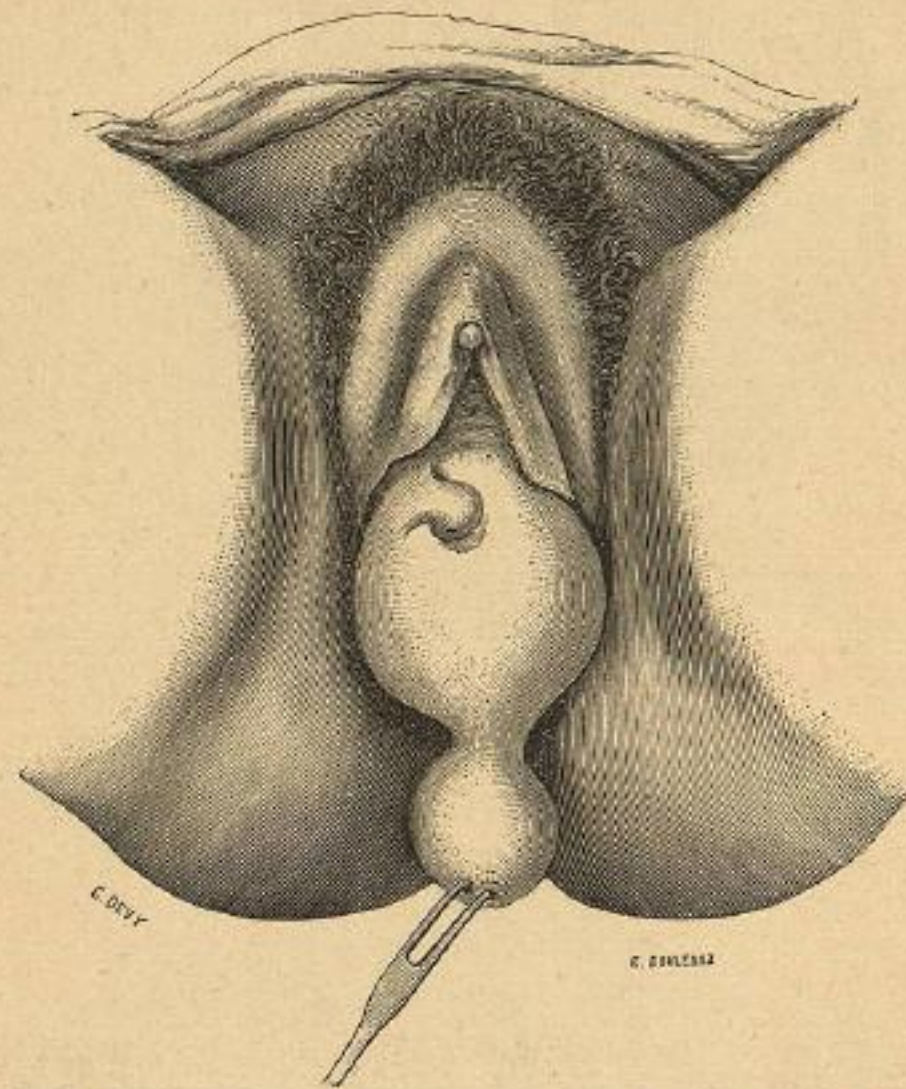


Fig. 469. — Inversion utérine, troisième degré, avec polype fibreux (Schroeder).

Ce diagnostic a cependant son importance, car si, avec un léger degré d'inversion, on veut enlever un fibrome, on s'expose en pareil cas, ainsi que l'indique la figure 470, à enlever toute l'épaisseur de la paroi utérine et à perforer l'utérus.

Ce n'est que par un palper attentif, combiné au toucher intra-utérin, qu'on pourra reconnaître ces légers degrés d'inversion.

Ce danger est d'ailleurs une des raisons, qui ont fait abandonner l'écraseur en pareil cas, pour recourir à l'énucléation par morcellement, méthode que nous étudierons à propos des fibromes.

Cette inversion, produite sous l'influence des fibromes, est essentiellement chronique; elle ne guérit que grâce à un traitement approprié.

Dans l'une et l'autre variété d'inversion, l'utérus subit souvent des modi-

fications de surface : quand il arrive au dehors, il se cutanise en quelque sorte; dans d'autres cas, il s'enflamme et se couvre d'ulcérations qui peuvent



Fig. 470. — Polype fibreux avec légère inversion de l'utérus, exposant à la perforation de l'utérus au moment de l'ablation de la tumeur avec une anse métallique (Skene).

devenir plus ou moins profondes; il donne alors naissance à un écoulement muco-purulent.

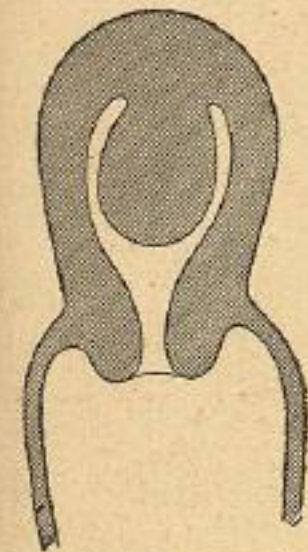


Fig. 471. — Fibrome<sup>1</sup>.

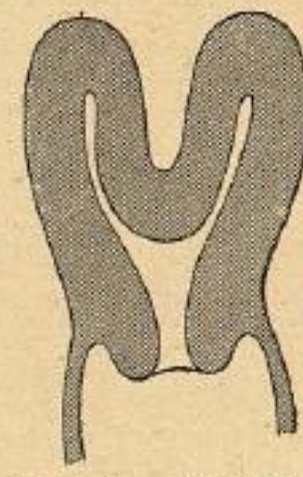


Fig. 472. — Inversion.

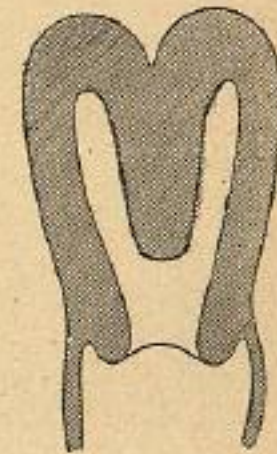


Fig. 473. Utérus cloisonné.

Nous venons, en étudiant les symptômes, de voir les signes auxquels on reconnaît une inversion; examinons maintenant les affections qui peuvent donner lieu à une confusion.

<sup>1</sup> Les figures 471 à 476 sont empruntées à Gaillard Thomas.



*Inversion intra-utérine.* — Le doigt ou l'hystéromètre en pénétrant dans la cavité utérine, a pu découvrir la présence d'une tumeur ; il s'agit de déterminer si c'est un fibrome (fig. 471) ou un léger degré d'inversion (fig. 472). Un palper attentif de la surface externe de l'utérus lèvera les doutes, car s'il s'agit d'une inversion, il fera découvrir une dépression au point correspondant à la tumeur.

Le diagnostic devient encore plus délicat si on a affaire à un utérus cloisonné (fig. 473), car à la tumeur sentie dans l'utérus correspond une dépression à la surface externe ; mais, en pareil cas, la saillie intra-utérine ne

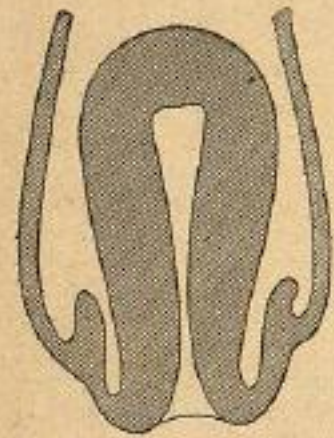


Fig. 474. — Inversion intra-vaginale.

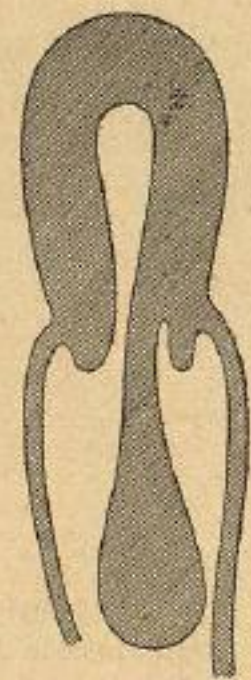


Fig. 475. — Polype utérin descendu dans le vagin.

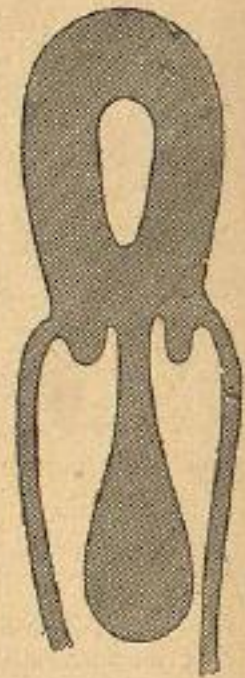


Fig. 476. — Polype utérin descendu dans le vagin; occlusion de la cavité utérine.

constitue pas une simple tumeur, mais *une véritable cloison* divisant en deux loges la coupole de l'utérus.

*Inversion intra-vaginale.* — L'inversion intra-vaginale (fig. 474) pourrait être confondue avec un polype faisant saillie à travers l'orifice externe (fig. 475), mais l'hystéromètre, en révélant à côté du fibrome la cavité utérine, lèvera les doutes, si le palper n'avait pas déjà éclairé le diagnostic, en permettant de délimiter le corps de l'utérus.

Le diagnostic peut devenir plus difficile si (fig. 476) avec un fibrome la cavité utérine est obturée ; alors l'hystéromètre ne donne plus aucun renseignement et le palper constitue la seule ressource du diagnostic.

Le toucher rectal, pratiqué simultanément avec l'introduction d'un cathéter dans la vessie, fournira des renseignements précieux.

Si, en effet, il s'agit d'une inversion, le doigt et le cathéter seront susceptibles de se rencontrer au-dessus de l'utérus inversé, mais ils seront séparés si l'utérus est en situation normale.

Comme autre signe distinctif, il importe de noter que l'utérus est sensible

à la piqure d'une aiguille, tandis que l'insensibilité du polype fibreux est absolue.

Toutefois, il ne faudrait pas ajouter une trop grande confiance à ce signe distinctif ; je l'ai, pour ma part, trouvé en défaut.



Fig. 477. — Prolapsus de l'utérus sans inversion, pouvant simuler l'inversion du troisième degré ou extérieure (Courty).

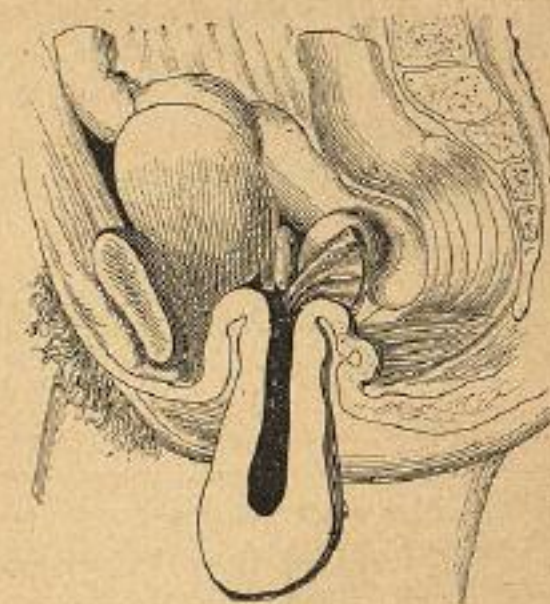


Fig. 478. — Inversion utérine extérieure pouvant simuler le prolapsus simple (Courty).

*Inversion extérieure.* — Il existe une tumeur saillante à la vulve. S'agit-il d'un simple prolapsus (fig. 477) ou d'une inversion compliquée de prolapsus (fig. 478) ? — Dans le premier cas, au sommet de la tumeur s'ouvre un orifice, qui donne accès dans la cavité utérine ; rien de semblable dans le second cas, où on ne peut trouver à la surface de la tumeur d'autre orifice que celui des trompes, beaucoup trop petit pour admettre un hystéromètre et prêter à confusion.

Pour terminer ce chapitre de diagnostic, je cite le tableau de *Denucé*<sup>1</sup>, qui résume, ainsi qu'il suit, le diagnostic différentiel entre l'inversion et les polypes fibreux :

| POLYPES                                                                                                                                                                        | 1 <sup>er</sup> degré.                                                                                                                                                            | INVERSION |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 <sup>o</sup> L'hystéromètre ou cathéter utérin montre la cavité utérine augmentée.                                                                                           | 1 <sup>o</sup> Le cathéter montre la cavité utérine diminuée.                                                                                                                     |           |
| 2 <sup>o</sup> Le toucher vaginal et rectal, aidé de la palpation abdominale, montre que l'utérus a conservé sa forme globuleuse. Il offre souvent une augmentation de volume. | 2 <sup>o</sup> Ces procédés d'exploration font reconnaître un aplatissement de l'organe, un rapetissement d'ensemble, et sur le corps même de l'utérus une dépression circulaire. |           |
| 3 <sup>o</sup> L'acupuncture de la tumeur est indolente.                                                                                                                       | 3 <sup>o</sup> L'acupuncture est douloureuse.                                                                                                                                     |           |

<sup>1</sup> *Traité de l'inversion utérine.* Paris, 1883, p. 252



2<sup>e</sup> degré.

1<sup>o</sup> Le cathéter pénètre dans la cavité utérine en longeant la tumeur par un de ses côtés. Il peut atteindre le fond de l'utérus et s'enfoncer à 30 millimètres de profondeur.

2<sup>o</sup> Le toucher vaginal et rectal, aidé de l'exploration vésicale, permet de constater la présence du corps de l'utérus en son lieu ordinaire.

3<sup>o</sup> L'acupuncture et la pression sont indolentes.

1<sup>o</sup> Le cathéter pénètre entre le col et le pédicule, mais rencontre aussitôt une rainure circulaire contre le fond de laquelle il butte, et ne peut s'enfoncer de plus de 15 à 20 millimètres.

2<sup>o</sup> Cette même exploration fait découvrir, à la place du corps de l'utérus qui manque, une excavation en forme d'anneau rigide.

3<sup>o</sup> L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

3<sup>e</sup> degré.

1<sup>o</sup> Le cathéter pénètre dans l'utérus en contournant le pédicule de la tumeur.

2<sup>o</sup> Le toucher vaginal et rectal, aidé de l'exploration vésicale, permet de constater la présence du corps de l'utérus dans son lieu ordinaire.

3<sup>o</sup> L'acupuncture et la pression sont indolentes.

1<sup>o</sup> Le cathéter ne trouve plus de cavité, en contournant le pédicule de la tumeur.

2<sup>o</sup> Cette même exploration permet de constater l'absence de l'utérus dans l'abdomen et de constater à sa place une excavation à bords mous et déclives en forme d'entonnoir.

3<sup>o</sup> L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

## TRAITEMENT

Le chapitre du traitement doit être étudié dans l'ordre suivant :

## A. — Inversion puerpérale :

1<sup>o</sup> Récente ;

2<sup>o</sup> Ancienne.

a. Traitement manuel ;

b. Traitement instrumental ;

c. Traitement opératoire.

1<sup>o</sup> Réduction ;

2<sup>o</sup> Hystérectomie.

## B. — Inversion apuerpérale ou polypeuse :

Traitement opératoire seul admissible.

## A. — INVERSION PUERPÉRALE

1<sup>o</sup> RÉCENTE

La femme vient d'accoucher ; elle est, avant ou après la délivrance, prise d'une hémorragie qui nécessite une intervention urgente ; l'examen révèle comme cause de l'hémorragie une inversion utérine.

Les palliatifs tels que l'ergot de seigle, les injections chaudes, le tamponnement vaginal ne sauraient suffire, l'indication unique est la réduction de l'utérus et dans les cas récents elle est toujours possible.

Pour l'opérer, la main gauche étant appliquée sur l'hypogastre afin de maintenir le moignon utérin, la droite est introduite dans le vagin et repousse l'utérus inversé, en agissant de préférence dans la région supposée d'une des cornes utérines.

On sent l'organe céder sous la pression des doigts, se retourner et reprendre sa conformation normale ; quand la réduction est terminée, la main se trouve dans la cavité utérine.

La difficulté n'est pas de réduire l'utérus, mais de le maintenir réduit ; à cet effet, on administre du seigle ergoté, et si son action est insuffisante, on a recours sans tarder au tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée ou simplement aseptique.

Le tamponnement sera laissé douze heures en place.

2<sup>o</sup> ANCIENNE

Si l'inversion est ancienne, l'utérus a subi une involution plus ou moins marquée, le col s'est rétracté, emprisonnant et fixant l'utérus dans sa position vicieuse ; la réduction devient beaucoup plus difficile, parfois impossible.

On devra essayer successivement la réduction manuelle, puis instrumentale, et au besoin avoir recours à une opération.

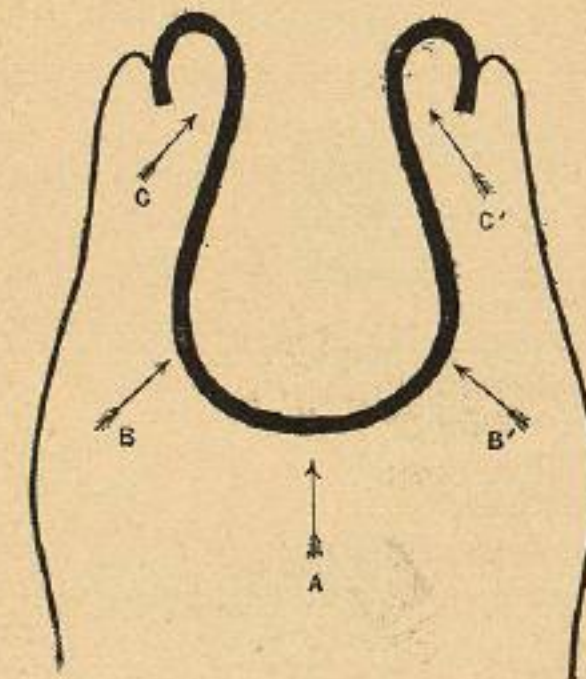


Fig. 479. — Taxis de l'utérus inversé.  
A, central. — B, latéral. — C, périphérique.

a. Traitement manuel. — Les doigts devront exercer un véritable taxis sur l'organe inversé, de même que sur une hernie.

Les deux mains sont nécessaires pour ce traitement et ont d'ailleurs un rôle essentiellement distinct.