

2^e degré.

1^o 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^o 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^o L'acupuncture et la pression sont indolentes.

1^o 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^o Cette même exploration fait découvrir, à la place du corps de l'utérus qui manque, une excavation en forme d'anneau rigide.

3^o L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

3^e degré.

1^o Le cathéter pénètre dans l'utérus en contournant le pédicule de la tumeur.

2^o 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^o L'acupuncture et la pression sont indolentes.

1^o Le cathéter ne trouve plus de cavité, en contournant le pédicule de la tumeur.

2^o 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^o L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

TRAITEMENT

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

A. — Inversion puerpérale :

1^o Récente ;

2^o Ancienne.

a. Traitement manuel ;

b. Traitement instrumental ;

c. Traitement opératoire.

1^o Réduction ;

2^o Hystérectomie.

B. — Inversion apuerpérale ou polypeuse :

Traitement opératoire seul admissible.

A. — INVERSION PUERPÉRALE

1^o 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^o 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.

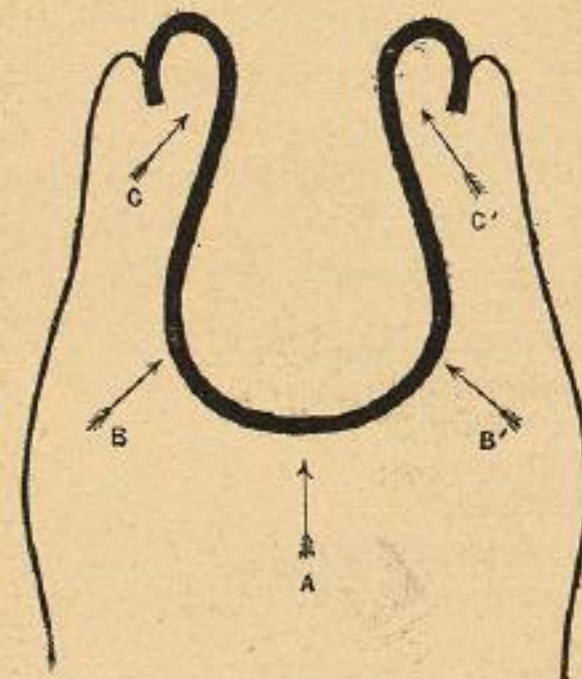


Fig. 479. — Taxis de l'utérus inversé.
A, central. — B, latéral. — C, périphérique.

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.

La main gauche maintient l'utérus, la droite le repousse ou inversement.



Fig. 480. — Taxis central.



Fig. 481. — Taxis latéral.

Les doigts de la main gauche sont appliqués sur la paroi abdominale qu'ils dépriment, de manière à l'appliquer sur le moignon utérin.

Dans certains cas, on a avantage (COURTY) à introduire un ou deux doigts dans le rectum, pour aller accrocher l'orifice péritonéal de l'utérus inversé, qu'on peut maintenir de la sorte avec beaucoup de solidité.

La main droite ou gauche sera, suivant la complaisance des parties molles, introduite partiellement ou totalement dans le vagin.

La saisie utérine variera suivant le mode de taxis qu'on veut exercer. Le taxis peut être *central*, *latéral* ou *périphérique*.

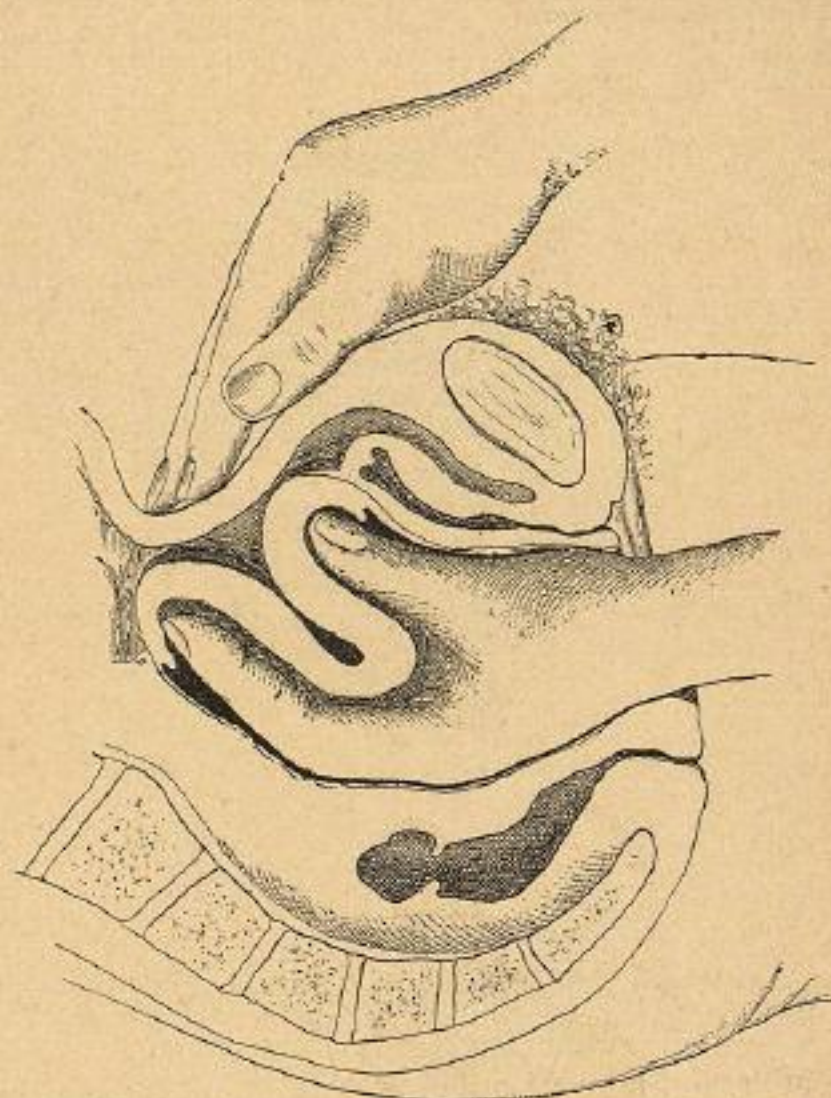


Fig. 482. — Taxis périphérique (Emmet).

Central, quand on appuie sur le fond même de l'utérus vers sa partie médiane (flèche A, fig. 473 et fig. 474).

Latéral, quand la pression est exercée au niveau de l'une ou l'autre corne utérine (flèches B et B', fig. 473 et fig. 475).

Périphérique, quand on comprime l'utérus au voisinage de la partie réfléchie (flèches C et C', fig. 473 et fig. 476).

La figure 474 indique la manière de faire le taxis central, la figure 475 le taxis latéral, et la figure 476 le taxis périphérique.

b. Si le taxis n'a pas réussi, on pourra tenter la *réduction instrumentale*.

Différents instruments ont été préconisés dans ce but; je ne les mentionnerai pas, car leur usage est à déconseiller.

Le seul appareil, qui ait ici quelque valeur, est le pessaire à air de *Gariel*, qu'on gonfle dans le vagin après l'y avoir introduit (fig. 483). La pression douce de cette sphère en caoutchouc sera susceptible, dans certains cas, d'amener la réduction graduelle de l'utérus. On fera bien d'appliquer un bandage comprimant la vulve, de manière à éviter la sortie de l'appareil.

Le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée ou simple, renouvelé toutes les vingt-quatre heures, pourrait, dans certains cas, remplacer avantageusement le pessaire *Gariel*.

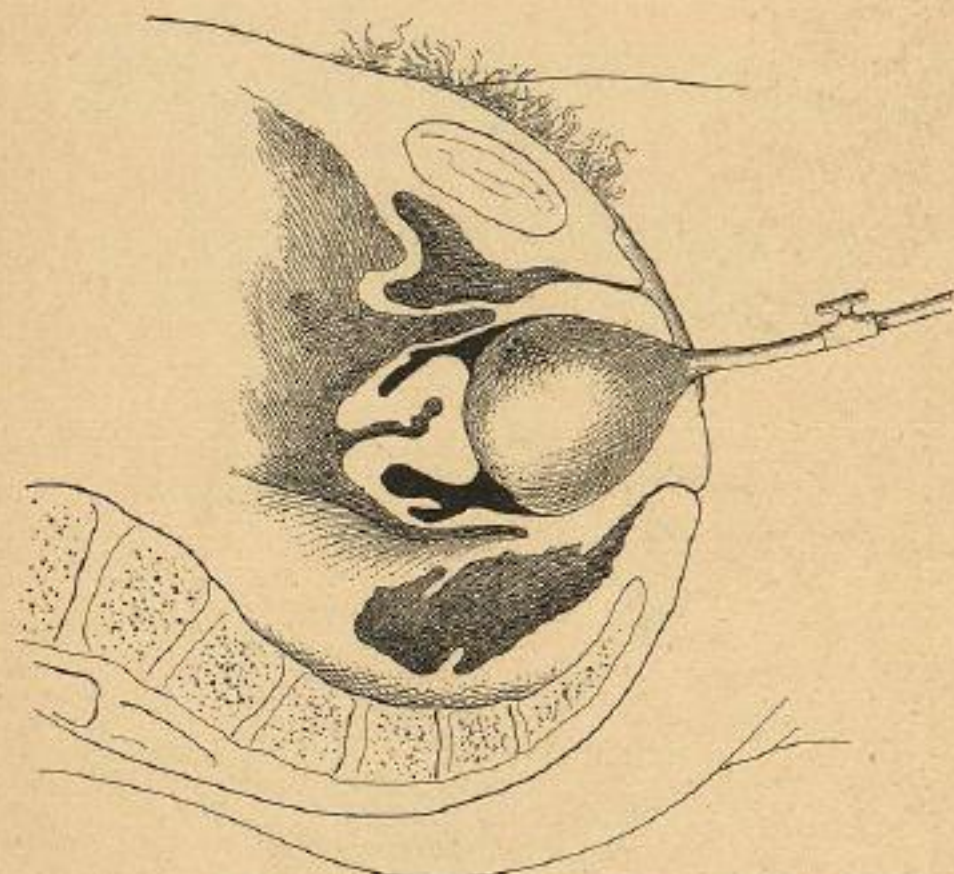


Fig. 483. — Pessaire à air gonflé dans le vagin pour réduire l'utérus inversé (Denucé).

Quand les différents moyens qui précèdent auront échoué, il faudra recourir à une opération, à moins que la femme ne préfère, par pusillanimité, conserver son inversion avec les troubles douloureux et les hémorragies qui en sont la conséquence.

Dans cette dernière occurrence, on devra se borner aux palliatifs, *calmans* habituels et *hémostatiques* (ergot de seigle, eau chaude en injection).

c. L'opération est acceptée, quelle sera-t-elle? L'une sera *réductrice*, l'autre *énucléatrice*.

L'opération *réductrice*, conseillée par *Gaillard-Thomas*, consiste à faire la laparotomie et à distendre à l'aide d'une pince l'anneau utérin (fig. 484), de manière à faciliter la réduction, qu'on opère ensuite par le vagin en pratiquant le taxis.

Cette opération, théoriquement bonne, a été exécutée deux fois par *G. Thomas*, une des malades est morte; il est donc difficile de se prononcer à son égard.

Toutefois, comme elle a sur l'opération suivante l'avantage de ne pas mutiler la femme, elle vaut la peine d'être encore essayée.

Brown a conseillé une opération analogue, à laquelle il manque également la consécration de l'expérience; elle consiste à faire par le vagin une incision sur le fond de l'utérus pénétrant jusqu'au péritoine; par cette voie on introduit une pince analogue à celle de *G. Thomas* et qui va exercer la même action sur l'anneau utérin; après quoi on opère la réduction.

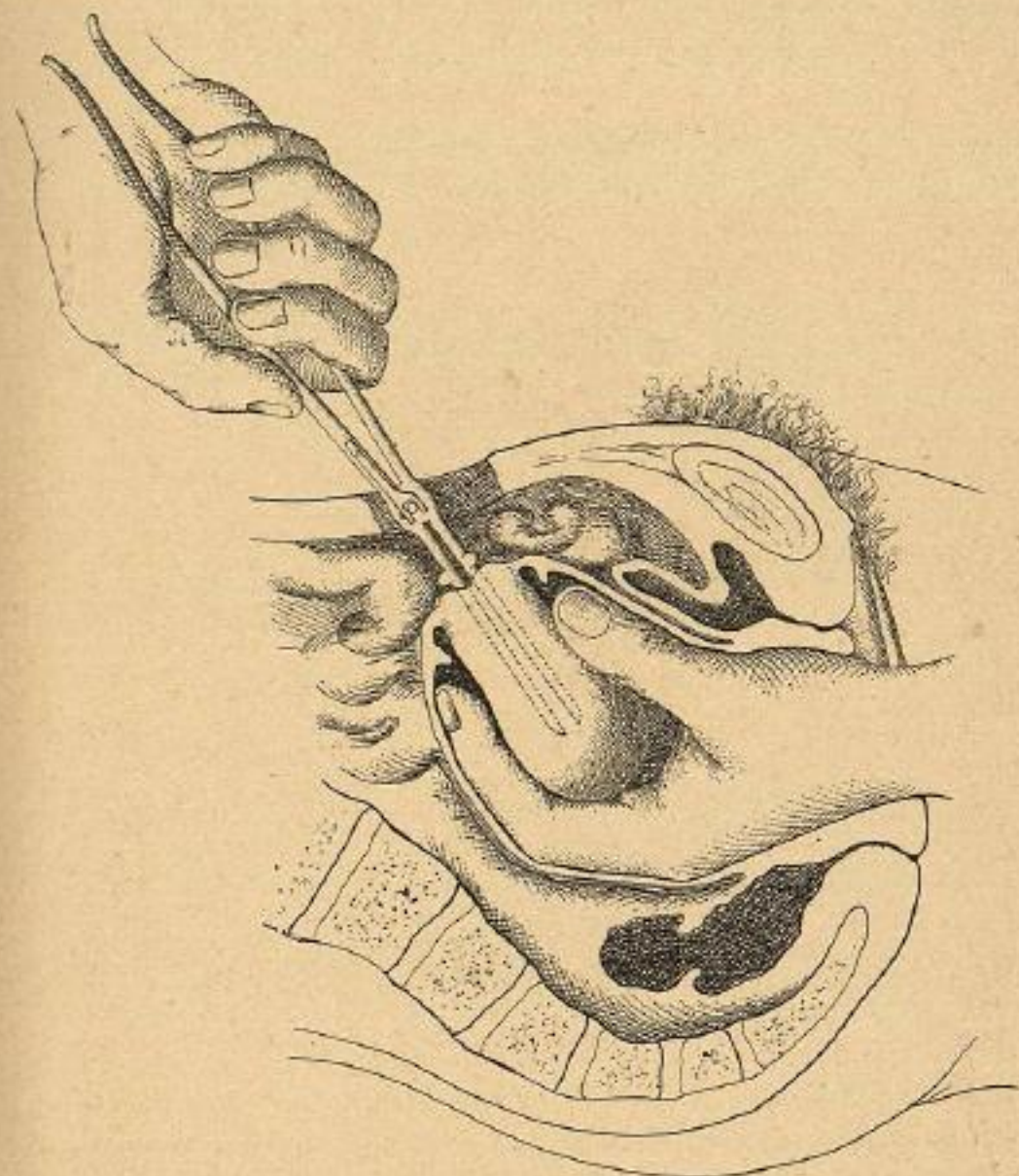


Fig. 484. — Dilatation intra-péritonéale de l'utérus inversé, pour en permettre la réduction (*G. Thomas*).

L'opération *énucléatrice* s'exécute en enlevant partie ou totalité de l'utérus. L'ablation générale de l'utérus a été conseillée avec l'écraseur, le serre-nœud, le fil élastique, le bistouri; je n'insisterai pas sur ces divers procédés abandonnés aujourd'hui pour l'hystérectomie totale, qui est devenue une opération courante, et qui est bien préférable aux opérations partielles qu'on pratiquait autrefois.

L'hystérectomie totale, qui sera naturellement faite par la voie vaginale sera exécutée d'après les principes indiqués à l'étude de cette opération (voir

Cancer de l'utérus); l'inversion n'amène que des modifications insignifiantes au manuel opératoire, modifications que le chirurgien devine aisément sans qu'il soit utile de les mentionner ici.

B. — INVERSION APUERPÉRALE OU POLYPEUSE

L'inversion est produite par une tumeur fibreuse qui, dans sa descente, a entraîné le fond de l'utérus.

Pour guérir cet état pathologique, qui est *double*, il ne suffit pas, comme précédemment, de réduire l'utérus, car il ne tarderait pas à retomber si on laissait subsister la cause, mais il faut aussi enlever le fibrome.

A cet effet, une opération est indispensable, et on profitera de la même séance opératoire pour extirper le fibrome et réduire l'inversion.

Comment?

Si le fibrome est franchement pédiculé, on sectionne le pédicule sur lequel on applique une ligature, après quoi on redresse l'utérus par un des procédés précédemment décrits.

Si le fibrome est sessile, on tente de l'énucléer de sa coque utérine, puis l'hémostase étant faite à l'aide de ligatures ou du thermo-cautère, on procède à la réduction de l'utérus.

Si, enfin, il existe plusieurs fibromes utérins, sauf exceptions, il vaut mieux procéder à l'hystérectomie vaginale totale, seule opération qui donne ici la chance d'une cure durable.

En résumé :

A. — Inversion puerpérale :

1° Récente.

Réduisez manuellement.

2° Ancienne;

Réduisez : soit manuellement, — soit avec un pessaire Gariel ou le tamponnement vaginal, soit en tentant l'opération de G. Thomas ;

Si la réduction est impossible, pratiquez l'hystérectomie vaginale totale.

B. — Inversion apuerpérale ou polypeuse :

Enlevez le fibrome, si possible, puis réduisez l'utérus ; sinon

Enlevez tout l'utérus avec sa ou ses tumeurs.

CHAPITRE VIII

HÉMORRAGIES PÉRI-UTÉRINES

HÉMATOCÈLE — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
HÉMORRAGIES INTRA-PÉRITONÉALES