

palliatif dirigé contre les symptômes; ou bien, si l'intensité des phénomènes morbides le réclame, recourir à la laparotomie pour libérer, puis fixer l'utérus.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que l'hystéropexie faite comme opération principale, et d'emblée, pour la rétroversion. Il va sans dire que si celle-ci est discutable, il n'en est pas de même de l'hystéropexie secondaire, qu'on pourrait appeler complémentaire. Lorsque, au cours d'une laparotomie faite pour une autre lésion, corps fibreux, kyste de l'ovaire, inflammation des annexes, etc., on trouve l'utérus dévié en arrière, il suffit souvent de faire l'ablation des annexes pour le ramener en avant; il faut se souvenir, en effet, que l'ablation des annexes, en amenant une certaine atrophie de l'utérus, atténue et corrige même rapidement les rétroflexions. Cependant si l'on a à sa disposition un pédicule, on pourra l'insérer dans la plaie abdominale et l'y suturer. Je crois, toutefois, qu'il sera bon de ne pas s'en tenir là, et de passer un ou deux points de suture sous la couche la plus superficielle du fond de l'utérus ou de sa face antérieure, sur la partie médiane, pour assurer la bonne position de l'organe.

Une autre indication de la laparotomie qui peut fournir indirectement l'occasion de fixer secondairement l'utérus est relative aux cas où il existe des douleurs très vives, ou des réflexes très pénibles sous la dépendance des annexes, que celles-ci soient simplement prolabées (rétroflexions mobilisables) ou qu'elles soient recouvertes d'adhérences (rétroflexions résistantes et irréductibles), ou atteintes d'inflammation. Sanger et Leopold ont, dans ce dernier cas, combiné la castration avec la gastro-hystéropexie. Cette dernière suffit souvent dans le prolapsus simple de l'ovaire; elle devient même alors une opération conservatrice, car les phénomènes réflexes disparaissent par la fixation de l'utérus, qui se substitue ainsi heureusement à l'opération de Battey.

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins. — J'indiquerai sommairement quelques opérations analogues à l'hystéropexie abdominale qui ont un intérêt particulier, quoiqu'elles me paraissent inférieures, à divers titres, aux procédés que j'ai précédemment décrits¹.

a. **Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utéro-sacrés.** — Ce procédé, proposé par Kelly², consisterait à passer une suture de chaque

Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés.
Procédé de Kelly.

¹ Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges, préconisé par Lawson Tait et Imlach, ne nous occupera pas. Nous croyons que ce procédé est très inférieur aux procédés ordinaires. — Voir, pour plus de détails, M. BAUDOIN. *Gaz. des Hôp.*, déc. 1890, n° 143, p. 1325.

² KELLY. *Amer. Journ. of med. sciences*, 1888, t. XCV, n° 5, p. 468.

côté du rectum au fond du cul-de-sac de Douglas, de dedans en dehors, puis profondément dans le col, au niveau des insertions latérales du ligament utéro-sacré. Frommel¹ (d'Erlangen) l'a pratiqué une fois, avec succès qui s'est maintenu².

b. **Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.** — Gill Wylie d'abord, puis Ruggi (de Bologne) et Émile Bode (de Dresde) ont proposé un procédé de raccourcissement par plicature de chacun des ligaments ronds.

Ruggi³, ayant ouvert le ventre et réduit la déviation, traverse le

Procédé de Ruggi.

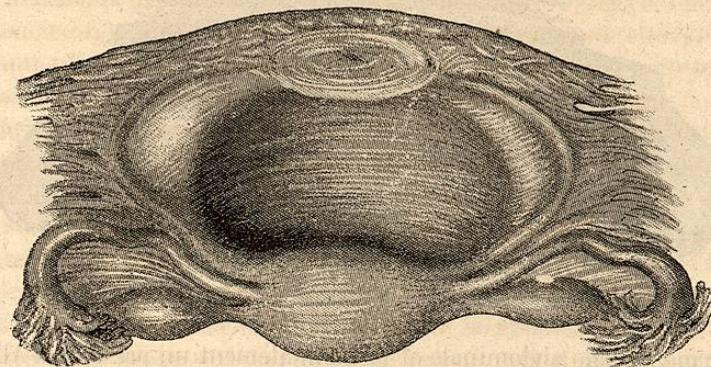


Fig. 262. — Trajet des ligaments ronds, vus par transparence sous le péritoine (G. Wylie).

ligament rond avec une aiguille courbe armée d'un fort catgut, à très peu de distance de son entrée dans le canal inguinal et sur le repli péritonéal qui l'entoure. A l'extrémité non enfilée de catgut, il pratique un nœud solide, puis, il enfonce l'aiguille dans le ligament rond du même côté, tout près de son extrémité utérine. Il rapproche alors par plicature les deux parties du ligament traversé par le fil; pour maintenir ces parties repliées en contact, il fait une suture en surjet double. Même manœuvre du côté opposé.

Le procédé que Gill Wylie⁴ a employé, avec succès, dans un grand

Procédé de G. Wylie.

¹ FROMMEL. *Congrès des gynéc. all.* Fribourg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 52, p. 567). — *Ueber operative Behandlung der Retroflexio uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 6, p. 94).

² O. E. HERRICK (*An operation for shortening the utero-sacral ligaments*, in *Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 514) pratique le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale. — SANGER (*Ueber Retrofixatio colli uteri retroflexi*, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 44, p. 895) a pratiqué, dans 6 cas, la fixation du col au cul-de-sac de Douglas, sans l'ouverture de ce dernier. Les résultats lui paraissent satisfaisants. Lors de sa première opération, il n'avait pas connaissance des essais de Herrick dans le même sens. — C. H. STRATZ (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1891, Bd. XXI, p. 557) ouvre, au contraire, le cul-de-sac de Douglas.

³ G. RUGGI. *Sulla cura endo-abdominale de alcuni spostamenti uterini* (*Boll. delle Scienze med. della Soc. medico-chir., de Bologna*, 1888, t. XXII, 1^{re} et 5^e fasc., p. 50). Sa première opération date du 19 oct. 1886. — E. MICHELI. *Riforma med.*, Rome, 8 et 9 janv. 1889 (*Anal. in Revue des Sc. méd.*, juill. 1889, n° 67, p. 156).

⁴ W. GILL WYLIE. *Surgical treatment of retroversion of the uterus with adhesions, with*

nombre de cas est très analogue. Il saisit un des ligaments ronds, à égale distance de la corne utérine et du pubis et l'attire au dehors par la plaie abdominale; il avive ensuite *la face interne du pli*, formé en soulevant le ligament. Cet avivement, qui consiste à gratter le péritoine à la surface du ligament, devra assurer la soudure au niveau de la portion repliée (fig. 262 et 263). A cet effet, il applique trois solides ligatures de soie autour du pli formé, en comprenant le plus de ligament rond possible. Il en fait autant de l'autre côté,

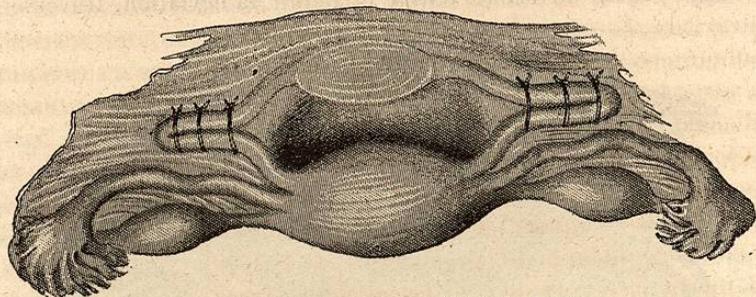


Fig. 263. — Hystéropexie; procédé de G. Wylie.
Raccourcissement par plicature intra-péritonéale des ligaments ronds.

referme la plaie abdominale et place finalement un pessaire d'Albert Smith dans le vagin.

Procédé de
Bode.

Bode¹ procède un peu différemment pour la suture. Il prend du ligament rond, à *partir de l'utérus*, autant qu'il en faut pour le raccourcir de la quantité qu'il juge nécessaire. Relevant alors le ligament, il lui fait un pli, et au point de traction, il passe un fil qui l'entoure presque en entier. Ce fil est noué une première fois, puis il traverse la corne utérine adjacente. On en noue facilement les deux chefs, après avoir raccourci le ligament rond jusqu'à le tendre.

Procédé de
Polk.

Polk² emploie un procédé très particulier de raccourcissement par coudure des ligaments ronds en avant de l'utérus. Il avive, près de leur extrémité utérine, les ligaments ronds, au niveau de leur face interne, les ramène au-devant du fond de l'utérus et les coude en dedans; au sommet de l'anse, il les unit l'un à l'autre, au point avivé, grâce à une suture faite avec un fil résistant. En anastomosant en X, en arrière de la vessie, les deux ligaments ronds acco-

¹ A. PALMER DUDLEY. *A new method of surgical treatment for certain forms of retro-displacement of the uterus, with adhesions.* (Amer. Journ. of Obstet., déc. 1890, p. 1356). — M. BAUDOIN. (Gaz. des Hôp., 1890, p. 1329) a proposé une légère modification du procédé du gynécologue de New-York.

² ÉMILE BODE. *Soc. gyn. de Dresde*, 6 juin 1888 (Centr. f. Gyn., 1888, n° 48, p. 795). Sa première opération date du 10 mai 1888 (Centr. f. Gyn., 1889, n° 3, p. 53). — Voir encore *Ibid.*, 1889, n° 16, p. 285.

³ W. POLK. *Observations upon the surgical treatment of retroversions and retroflexions* (Transact. of the Amer. gyn. Soc., Philad., 1889, t. XIV, p. 250). Une analyse très écourtée de ce mémoire a été donnée dans l'Amer. Journ. of Obstet., oct. 1889, p. 1066.

lés, il provoque donc la formation d'un repli qui est interne et non externe, comme dans l'opération des auteurs précédents.

Enfin, plus récemment, Dudley (de New-York)¹ a proposé un procédé bien plus complexe que les précédents. Il raccourcit les ligaments ronds par la coudure de leur extrémité utérine et leur fixation sur la face antérieure de l'utérus. Il l'applique aux cas où il existe des adhérences péri-utérines, sans complications sérieuses du côté des annexes, avec perméabilité des trompes.

Procédé de
Dudley.

Hystérectomie vaginale. — L'hystérectomie a été pratiquée par divers chirurgiens pour combattre les accidents, dus à une rétroversion très douloureuse et très rebelle². Une pareille opération ne serait légitime qu'après l'emploi infructueux de moyens moins radicaux, en particulier de l'hystéropexie abdominale.

Hystérectomie
vaginale.

Choix de l'opération contre la rétroflexion. — La première indication, dans toute rétroflexion douloureuse, est de rechercher soigneusement le siège de la complication inflammatoire de la déviation et le plus ou moins de mobilité de l'organe.

Choix de
l'opération.

L'utérus est-il facilement réductible? Il est très probable qu'il existe seulement, outre la déviation, un certain degré de métrite concomitante. Si l'examen local fait par la palpation bi-manuelle confirme ce diagnostic, on se préoccupera avant tout de guérir l'inflammation de l'utérus et on instituera d'abord le traitement de la métrite catarrhale ou de la métrite douloureuse chronique. Le curettage s'imposera, et l'amputation du col, à un ou deux lambeaux, sera indiquée dans la majorité des cas. J'ai remarqué à plusieurs reprises que l'amputation infra-vaginale du col (procédé de Simon Markwald et procédé de Schröder) était suivie du redressement spontané de l'utérus, grâce, sans doute, au travail d'involution qui lui succède et qui rend à l'organe une légèreté et une tonicité nouvelles. Le même fait a été constaté par d'autres auteurs³, et il rend compte des guérisons faussement attribuées à des procédés compliqués d'excisions ou de sutures qui agissent, en définitive, non sur la déviation, mais sur la métrite.

L'utérus étant réductible, constate-t-on une lésion notable des annexes? Il faut encore provisoirement suivre le même plan, et tâcher de la guérir indirectement par la voie utérine. On appli-

¹ A. PALMER DUDLEY. *A new method of surgical treatment for certain forms of retro-displacement of the uterus, with adhesions.* (Amer. Journ. of Obstet., déc. 1890, p. 1356). — M. BAUDOIN. (Gaz. des Hôp., 1890, p. 1329) a proposé une légère modification du procédé du gynécologue de New-York.

² RICHELOT. *Union méd.*, 1886, p. 101. — BOULLY. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 24 oct. 1888, p. 762.

³ TRIAIRE. *Rétroflexion de l'utérus. Guérison par l'excision du col* (Gaz. des Hôp., 26 mai 1889). — QUÉNU. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1889, p. 771.

quera ensuite un pessaire ou, de préférence, on redressera définitivement l'utérus par l'opération d'Alexander-Adams. Ce n'est que si, au bout de quelques mois, la déviation se reproduit et si les douleurs persistent, qu'on sera autorisé à faire la laparotomie¹, que nous allons examiner plus loin, à propos des déviations adhérentes.

Le raccourcissement des ligaments ronds, ou opération d'Alexander-Adams, n'ayant aucune gravité, sera pratiquée dans la même séance où l'on fera le curettage suivi ou non de l'amputation du col, dans les cas de métrite avec rétroflexion. En relevant à la fois l'utérus et les annexes, cette opération prévient la formation d'adhérences périsalpingiennes dans le cul-de-sac de Douglas.

Rétro-déviations
mobiles.

Il y a aussi toute une catégorie de rétro-déviations mobiles auxquelles cette opération convient essentiellement. On les observe surtout chez les femmes, de constitution délicate et de tempérament nerveux, des classes élevées de la société. Il s'agit de cas où la déviation occupe le premier plan, l'inflammation étant nulle ou presque nulle. Dans la déviation, même facilement réductible, c'est plutôt alors la mobilité excessive de l'utérus qui paraît être la cause des accidents, que telle ou telle position anormale. On voit, en effet, l'utérus reprendre une mauvaise position après la réduction, et se placer en latéroversion ou flexion et même en antéverson : il y a là, si l'on peut ainsi dire, une luxation vague de l'organe, analogue à certains déplacements articulaires avec grande laxité ligamentaire, décrits par Gerdy. L'état pathologique qui en résulte, caractérisé surtout par des réflexes nerveux et de la neurasthénie, se rapproche jusqu'à un certain point de ceux que F. Glénard² a synthétisés sous le nom d'entéroptose, sans toutefois se confondre avec eux.

Chez de pareilles malades, le pessaire immédiatement appliqué après la réduction de l'utérus effectuée par le redressement bimanuel ou avec la sonde rend aussi d'immenses services, et l'on s'étonne de la proscription infligée par des chirurgiens distingués³ à ce précieux moyen thérapeutique. Toutefois, il est encore préférable de faire l'opération d'Alexander, qui trouve ici l'une de ses

¹ SKENE KEITH (*Edinb. med. Journ.*, juill. 1886, t. XXXII, p. 55) a suivi le plan que j'indique ici, dans une intéressante observation qui est une des premières d'hystéropexie abdominale, faite de propos délibéré. L'opération d'Alexander-Adams ayant échoué, il pratiqua la laparotomie et fixa dans la paroi abdominale les pédicules des ovaires enlevés. Si l'on trouvait les annexes saines, c'est le fond de l'utérus qu'on fixerait seul, sans enlever les ovaires ni les trompes.

² FRANZ GLÉNARD. *Neurasthénie et entéroptose* (*Semaine méd.*, 19 mai 1886, p. 211).

³ F. TERRIER. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 5 avril 1889, p. 277 : « Je me suis gardé de conseiller les pessaires, pour lesquels j'ai une horreur instinctive ». — BOULLY (*ibid.*, p. 295) s'est justement élevé contre cette opinion radicale, que j'ai moi-même combattue (*ibid.*, p. 295).

meilleures applications. On fera aussi porter aux malades une ceinture immobilisant l'abdomen.

Restent les rétroflexions adhérentes. Ici encore le diagnostic de la complication me paraît capital. Je ne suis pas éloigné d'admettre avec G. Wylie¹ qu'il y a neuf fois sur dix, dans les rétroflexions adhérentes, coexistence de salpingite ayant provoqué cet enroulement particulier des ligaments larges en arrière qui est la conséquence de la traction opérée sur eux par les annexes enflammées. Je crois dangereux de faire alors des tentatives répétées de réduction, soit avec le doigt introduit dans l'organe dilaté, soit avec des sondes ou instruments redresseurs. Je connais plusieurs faits d'accidents sérieux, survenus après ces manœuvres, qui provoquent le retour, et l'exacerbation de l'inflammation des annexes ; quelques-uns seulement ont été publiés². Si, après une séance de tentatives modérées sous le chloroforme, la réduction ne peut pas être obtenue, je l'abandonne. S'il y a surtout de la métrite, on se bornera à la traiter chirurgicalement (curettage et amputation du col), avec l'espoir que les douleurs disparaîtront en même temps que l'état inflammatoire. Si la métrite est peu prononcée et qu'il s'agisse manifestement d'une lésion des annexes, ancienne ou persistante, on fera la laparotomie. On la fera encore si, en l'absence de lésion manifeste des annexes, il persiste des douleurs liées à la déviation contre laquelle le raccourcissement des ligaments ronds ne saurait être tenté. En effet, Trélat a justement fait ressortir, en pareil cas, l'inutilité de l'opération d'Alexander.

Quand la laparotomie, qui alors est toujours à un certain degré exploratrice, fait reconnaître une lésion des annexes en voie d'évolution (pyo-salpinx, salpingite parenchymateuse, ovarite, dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, etc.), on enlèvera les organes malades. Il est fréquent de voir, après la castration bilatérale et la destruction des adhérences, l'utérus se redresser spontanément³ ; on pourrait alors, à la rigueur, se dispenser de faire l'hystéropexie ; en effet, rien ne vient plus attirer l'organe en arrière, et l'atrophie qui va succéder suffira à en maintenir la rectitude⁴. Mais pour peu qu'il ait une tendance à retomber en arrière, on suturera l'utérus à la paroi abdominale.

Enfin, il y a des cas complexes, à d'autres titres, dans lesquels la rétroversion utérine coïncide avec un certain degré d'affaiblissement général du plancher pelvien et des moyens de fixité de l'utérus. Chez

¹ G. WYLIE. *loc. cit.*, p. 482.

² P. DELBET. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 980. — PICQUÉ. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 957.

³ ROUTIER. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 16 janv. 1889, p. 39.

⁴ OLSHAUSEN. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 8 nov. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 49, p. 850).

Rétroflexions
adhérentes.

Opérations
combinées.

ces femmes, ordinairement multipares, il semble que la rétroflexion soit le premier stade du prolapsus, annoncé par le relâchement du vagin et la béance de la vulve. Il faut alors successivement s'attaquer à tous les éléments morbides par des opérations combinées¹; à la métrite, par le curettage et l'amputation du col; à la faiblesse du périnée, par la colpo-périnéorrhaphie; à la déviation utérine, par le raccourcissement des ligaments ronds, si l'utérus est mobile, et par l'hystéropexie abdominale, si l'organe est adhérent. On ne fera les opérations plastiques sur le vagin et le périnée qu'après avoir d'abord fixé l'utérus, afin de pouvoir apprécier le degré d'avivement nécessaire.

¹ La nécessité des opérations combinées, dans les cas de ce genre, a été très nettement formulée par DOLÉRIS. *Gaz. méd. de Paris*, avril 1886. — *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 550. — *Mémoire à la Soc. de méd. de Paris in Union méd.*, 11 juin 1887. — *Mémoire à la Soc. gyn. amer. in Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, 1887, p. 488. (Ces deux derniers mémoires ont été reproduits dans les *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, p. 54, 49, 97, 177, 257 et 529.)

MUNDÉ (*The value of Alexander's operation in Amer. Journ. of Obst.*, 1883, t. XXI, p. 1152 et 1156), qui, depuis longtemps, emploie aussi des opérations combinées, fait remarquer que pratiquer d'abord les opérations plastiques sur le vagin et le périnée, puis ensuite le raccourcissement des ligaments (comme DOLÉRIS), c'est « mettre la charrue avant les bœufs ».

CHAPITRE III

PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX¹.

Définition. — Étiologie. — Anatomie pathologique : 1° Procidence du vagin seul. 2° Procidence simultanée du vagin et de l'utérus avec élongation du col. 3° Procidence du vagin et de l'utérus résultant d'une hypertrophie primitive du col. 4° Procidence de l'utérus et du vagin sans hypertrophie du col. — Symptômes. — Marche. Pronostic. — Diagnostic avec : polype; inversion; uréthrocèle. — Traitement. Ceintures. Pessaires. Hystérophores. — Traitement chirurgical. Opérations préliminaires. I. Constitution d'un point d'appui inférieur. Colpo-périnéorrhaphie : procédé de Hegar. Périnéauxésis, procédé de A. Martin. Procédés de Bischoff, de Winckel. Colpo-périnéoplastie par glissement : procédé de Dolérus. Elytrorrhaphie antérieure : procédé de Stoltz. Cloisonnement du vagin de L. Le Fort. Soins consécutifs à la colpo-périnéorrhaphie. Gravité. Résultats immédiats et éloignés de la colpo-périnéorrhaphie. II. Soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds. III. Suture de l'utérus à la paroi abdominale : gastro-hystéropexie. IV. Hystérectomie vaginale. — Choix de l'opération.

Je réunis sous une même rubrique, à l'exemple de Trélat², l'abaissement de l'utérus (*prolapsus, descente, chute, précipitation*), celui de la paroi antérieure du vagin, qui entraîne la vessie (cystocèle) et celui de la paroi postérieure qui suit ordinairement le rectum

Définition.

¹ Je crois inutile de consacrer un chapitre spécial à d'autres déplacements peu importants de l'utérus. Je me bornerai à les mentionner.

L'utérus peut être porté directement en avant, ANTE-POSITION, quand il est refoulé par une tumeur développée derrière lui; un exemple frappant de ce déplacement est offert au clinicien dans l'hématocèle rétro-utérine; le changement de position n'est jamais qu'un épiphénomène.

La RÉTRO-POSITION est le transport en totalité de la matrice en arrière, sans déviation de son axe. On peut la voir succéder à la paramétrite ou périmétrite postérieure; elle peut être exceptionnellement observée à l'état de pureté. Mais il s'y joint bien vite une flexion en avant du corps de l'utérus (fig. 225). Les symptômes observés sont dus aux adhérences inflammatoires, et le traitement doit être uniquement dirigé contre elles.

L'ÉLÉVATION DE L'UTÉRUS n'est pas, non plus, une maladie, mais un symptôme. Une tumeur siégeant dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur intra-ligamentaire ou enclavée dans le pelvis, peuvent ainsi soulever l'utérus; parfois il est maintenu, comme suspendu, par des adhérences qui se sont produites durant la grossesse et se sont opposées à ce qu'il aille ensuite reprendre son siège normal. Dans tous ces cas, on observe ordinairement une certaine élongation du col.

² U. TRÉLAT. *Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme (Annal. de gyn.*, mai 1888, t. XXIX, p. 521).