

flexion, un cône elliptique, ayant 2 centimètres de hauteur et comprenant toute la largeur de l'utérus. L'incision doit arriver jusqu'à la muqueuse utérine, sans ouvrir la cavité de la matrice. Quelques sutures sont placées de haut en bas, de façon à rapprocher les deux bords de l'incision cunéiforme.

Jonnesco (1897) a soin de décoller le péritoine et de refouler la vessie, avant d'enlever une tranche utérine, semblable à un coin, sur la face antérieure de la matrice, au niveau de l'angle de flexion. Après avoir suturé la plaie utérine, il ramène le péritoine au-dessus de la plaie et la fixe à l'aide de quelques fils.

Jonnesco combine la cunéohystérectomie abdominale à des raccourcissements intra-abdominaux des ligaments larges et des ligaments ronds.

INDICATIONS. — Ces interventions ne guérissent pas la rétrodéviatation. Elles peuvent remédier, dans une certaine mesure, à la bascule de l'utérus en arrière, mais elles n'ont pas d'action sur les lésions qui portent sur le plancher pelvien. On ne peut donc pas formuler les indications d'une opération qui mérite d'être simplement citée comme une tentative peu féconde en résultats.

Utéroplastie par la voie vaginale. — Il s'agit d'autoplastie faite sur l'utérus, pour faire disparaître la flexion de l'utérus.

Von Rabenau (1886), Doyen et Elescher ont proposé différents procédés pour modifier, par la voie vaginale, la forme et la longueur de la paroi antérieure de l'utérus.

Von Rabenau et Elescher pratiquent la colpo-cœliotomie antérieure et incisent l'utérus sur sa face antérieure. Le second de ces chirurgiens taille un lambeau en forme d'U au-dessous de l'angle de flexion. Il avive la face antérieure du col et suture le lambeau utérin abaissé à la partie avivée.

Doyen ouvre le cul-de-sac vésico-utérin, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Par une ingénieuse disposition des fils placés dans le tissu utérin, il rapproche les tissus et arrive ainsi à diminuer la longueur de la face antérieure de l'utérus.

Ces opérations ne répondent guère mieux aux indications des rétrodéviations.

Suppression de l'utérus. — Hystérectomie vaginale ou abdominale. — On a proposé de traiter la rétrodéviatation par l'ablation de l'utérus. Il faut s'entendre, afin qu'il n'y ait pas de confusion. Une pareille opération ne peut être proposée que si toute tentative de conservation des annexes a échoué, ou est considérée comme devant conduire à un insuccès certain. Dans ces conditions, ce n'est pas la rétrodéviatation qui est l'objectif du chirurgien. Ce sont les lésions péri-utérines qui dominent la scène et qui doivent entraîner, en même temps que leur suppression, la perte de l'utérus. Il ne s'agit pas du

traitement de la rétrodéviatation en pareil cas, mais du traitement des inflammations péri-utérines.

Indications du traitement opératoire des rétrodéviations.

D'une façon générale, la rétrodéviatation acquise, se manifestant chez une femme dans la période génitale, en l'absence même de tout symptôme, doit être l'objet d'un traitement. Sans doute, on ne se hâtera pas de proposer une opération pour une déviatation à allure silencieuse. Les moyens de douceur trouveront ici leur indication. Il y aura lieu de redresser l'utérus et de le fixer en place par un pessaire.

Mais supposons que ce traitement ait échoué et qu'il existe des accidents, que faut-il faire? L'utérus est-il mobile ou bien les brides qui le retiennent sont-elles susceptibles de se rompre sous l'influence du massage ou des différentes manœuvres déjà longuement décrites?

Il faudra bien se rendre compte de ce fait qui domine toute la pathogénie des rétrodéviations, c'est que, le plus souvent, les lésions sont complexes et qu'il y a lieu de remédier à une métrite et à des troubles de la statique pelvienne. Il existe un relâchement ou un effondrement du diaphragme pelvien et l'objectif est de restaurer le plancher périnéal par des opérations qui tendent et raccourcissent les plans et les ligaments. Si l'on ne modifie pas les différentes conditions anatomo-pathologiques qui ont engendré et qui entretiennent la rétrodéviatation avec ses complications, on fait œuvre, sinon entièrement vaine, du moins insuffisante et aléatoire.

Dire que, pour une rétroflexion ou une rétroversion, on pratique soit une opération d'Alexander, soit une colpo-hystéropexie antérieure ou une ventro-fixation, c'est commettre une hérésie chirurgicale. L'une quelconque de ces seules interventions ne peut remplir les indications qui découlent de l'existence de lésions multiples.

Le but à atteindre, il faut le répéter, est de restaurer le plancher, de fixer le mieux possible l'utérus en antéversion-flexion et de traiter la métrite, si fréquente dans ces cas.

Le plus souvent, il faudra pratiquer le curage de l'utérus, l'amputation du col d'après le procédé de Schröder, la colporraphie antérieure et une colpo-périnéorrhaphie. On terminera la séance par le raccourcissement des deux ligaments ronds. Il faut répéter ici que l'opération d'Alexander, appliquée isolément, ne trouve ses indications que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Toutes les opérations vaginales qui ont pour but la reconstitution et la restauration du plancher pelvien sont d'une importance primordiale. Elles seront appliquées, si l'on se décide à fixer l'utérus au vagin, par l'un des procédés dont il a été question. La nécessité du curage et de l'amputation du col s'impose encore dans ce cas.

La colpo-cœliotomie antérieure, combinée aux autres opérations

faites par la voie vaginale, doit être préférée et substituée à l'opération d'Alquié-Alexander, surtout chez les femmes qui sont près ou au delà de la ménopause, quand on soupçonne des lésions ovaro-salpingiennes, et quand il existe quelques brides lâches que l'on n'a pas rompues et qui, tout en permettant la reposition, exercent encore de fâcheuses tractions. Grâce à l'ouverture péritonéale, on peut explorer les annexes, les traiter comme il convient (ablation, thermocautérisation), rompre les adhérences et enfin fixer l'utérus en avant.

Les cas qui relèvent de la colpo-hystéropexie antérieure sont, non seulement les rétrodéviations mobiles, mais encore celles qui sont mobilisables, compliquées de faibles adhérences, et de lésions tubo-ovariennes légères ou mêmes douteuses. Ces cas ne relèvent pas encore de la gastro-hystéropexie, mais ne sauraient être traités par le raccourcissement des ligaments ronds.

Quant à la rétrodéviatiion adhérente, elle doit être traitée par d'autres moyens.

Mais avant de déclarer que l'utérus rétrodévié est adhérent, il faut songer à l'enclavement dans le Douglas, qui simule l'adhérence; il faut en outre essayer de détruire les brides par le massage suivant le procédé de Thüre-Brandt plus ou moins modifié, par la reposition manuelle et quelques manœuvres de réduction faites prudemment par la voie intra-utérine.

En cas d'insuccès, il faudra se décider à pratiquer une laparotomie.

Le traitement de la rétrodéviatiion adhérente n'est, pour ainsi dire, qu'un chapitre à annexer au traitement des ovaro-salpingites. Sans doute, il est possible que l'inflammation annexielle soit peu marquée, qu'il n'existe qu'une ovarite scléro-kystique et quelques brides qui maintiennent l'utérus en mauvaise position. Dans ces conditions, la rétrodéviatiion joue le rôle principal et nécessite un traitement spécial.

On thermocautérisera, on réséquera l'ovaire malade, on pourra même enlever les annexes d'un côté, on détruira toutes les adhérences et on fixera l'utérus à la paroi abdominale. Parfois, il n'est même pas nécessaire de pratiquer la gastro-hystéropexie. Après libération des adhérences, l'utérus revient en bonne situation et on juge immédiatement qu'il n'y a pas lieu de le fixer à la paroi.

Si la fixation semble utile, peut-être y aurait-il lieu d'essayer un des procédés de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Mais si l'on hésite, au contraire, si les lésions annexielles sont doubles et nécessitent une ablation bilatérale, le traitement de la rétrodéviatiion concomitante n'a pas de raison d'être. Les lésions sont aux annexes. L'utérus n'est plus rien. On peut aussi bien pratiquer la castration totale vaginale de Péan que faire l'hystérectomie abdominale totale avec ablation des trompes et des ovaires ou se contenter, après coeliotomie, d'enlever les annexes en laissant l'utérus libre dans la cavité pelvienne ou en le fixant à l'abdomen.

Quant à tous les autres procédés de fixation, aux opérations pratiquées sur l'utérus, à ces tentatives ingénieuses et multiples, il n'y a pas lieu de les préconiser. On trouvera le jugement porté sur chacun d'eux à la fin des chapitres qui leur sont consacrés; mais on peut dire que ce sont des procédés d'exception, de fortune, et qu'il n'y a pas nécessité de les mettre en ligne dans l'énumération des moyens qui permettent d'obtenir la cure des rétrodéviations.

Un mot sur la rétrodéviatiion qui complique la grossesse.

On aura soin tout d'abord de vider la vessie et le rectum avant de procéder à la réduction. Cette réduction peut se faire avec la main; on peut la faciliter en introduisant dans le rectum un ballon de Petersen.

Il ne faut pas oublier que la réduction spontanée peut se faire dans la moitié des cas et qu'il y a lieu de temporiser avant de se déterminer à pratiquer une laparotomie. On peut ordinairement gagner du temps. Il suffit de cathétériser la malade, de lui donner des purgatifs et de faire des injections rectales avec une canule que l'on porte très haut dans le gros intestin.

Si, malgré des tentatives de réduction manuelle, faites lentement et à l'aide de trois et quatre doigts introduits dans le rectum, on n'arrive pas à repousser l'utérus en avant, on se décidera à faire la laparotomie. On rompra les adhérences, on remettra l'utérus en bonne situation et on pourra le fixer à la paroi.

Enfin, il est bon d'ajouter que le traitement chirurgical, si parfait qu'il soit, n'est pas toujours totalement et absolument curatif. Il est bon, souvent utile et indispensable, d'y ajouter un traitement médical bien compris, de combattre certains symptômes qui relèvent de la neurasthénie, de l'entéroptose, de la néphroptose et qu'il est souvent indiqué de compléter l'acte opératoire par une cure aux eaux minérales.

Nous donnons ici l'indication : 1° des ouvrages généraux les plus récents que l'on consultera utilement pour chacune des maladies décrites dans cet article; 2° des travaux consacrés aux déviations et aux opérations qu'elles réclament.

BONNET et PETIT, Traité prat. de gynécologie. Paris, 1894, avec fig. — Pierre DELBET, Traité de chirurgie publié sous la direction de DUPLAY et RECLUS. Paris, 1899, t. VIII, art. DÉVIATIONS. — Th.-A. EMMET, La pratique des maladies des femmes, trad. et ann. par Ad. OLIVIER. Paris, 1887. — GAILLARD-THOMAS, Maladies des femmes, trad. par le Dr LUTAUD. Paris, 1879. — *Encyclopédie intern. de chir.*, Paris, 1889, t. VII, art. AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'UTÉRUS, par G. BOULLY. — GAUJOT et SPILLMANN, Arsenal de la chirurgie contemporaine. Paris, 1872, t. II, art. DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS, p. 938. — HART et BARBOUR, Manuel de gynécologie, trad. par CROUZAT. Paris, 1886. — HEGAR et KALTENBACH, Operative Gynækologie, 4^e Auflage. Stuttgart, 1897. Une traduction française faite sur la 2^e édition a paru en 1885. — GRAILEY HEWITT, Diseases of Women. London. — M. HOFMEIER, Manuel de gynécologie opératoire, trad. par LAUWERS (de Courtrai), 1889, in-8°. — HOWARD A. KELLY, Operative Gynecology. New-York, 1898, 2 vol. — LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, Traité médico-chirurgical de gynécologie. Paris, 1898. — LAWSON TAIT, Traité clinique des maladies des femmes, trad. par Alb. BETRIX. Paris, 1891. — Aug. MARTIN (de Berlin), Traité clinique des maladies des femmes, trad. sur la

2^e éd. all. par VARNIER et WEISS. Paris, 1889. — MUNDÉ, Traité de pet. chir. gynéc., trad. par LAUWERS. — S. POZZI, Traité de gynécologie clinique et opératoire, 3^e éd. Paris, 1899. — SCHROEDER, Mal. des org. génit. de la femme, trad. sur la 6^e éd. all. par LAUWERS et HERTOCHÉ. Bruxelles, 1885-1886. — SCHAUTA, Lehrbuch der gesammten Gynækologie. — TRÉLAT, Clinique chirurgicale. Paris, 1891, t. II, art. RÉTRO-FLEXIONS et RÉTROVERSIONS.

ARRIZABALAGA, Du traitement des rétrodéviations par la fixation de l'utérus à la paroi vaginale antérieure, thèse de Paris, 1894. — BAUDOIN, Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus, thèse de Paris, 1890, n^o 232. — P. E. BÉGOIN, Contribution à l'étude de l'hystéropexie abdominale, thèse de doctorat, Bordeaux, 1892. — ST. BONNET, Technique de l'opér. d'Alexander (*Sem. gynéc.*, 1896, p. 217). — BOUILLY, *Encyclopédie de chir.*, t. VII; Traitement des déviations utérines (*Congrès de gynéc.*, Bordeaux, 1895). — BOUFFANDEAU, De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne, thèse de Lyon, 1893. — BOURSIER, Des métrites dans les déviations de l'utérus (*Sem. méd.*, 17 août 1895). — BRICAGE, Du traitement de l'antéflexion utérine, thèse de Lyon, 1894. — CHARPY, La position de l'utérus (*Arch. de tocol. et de gynéc.*, 1892). — CONDAMIN, De l'hystéropexie comme traitement de l'antéflexion utérine (*Mercredi méd.*, 16 mai 1894). — *Congrès périod. intern. de gynéc.*, Genève, 1896, publié en 1897. — DEBAYLE, De l'hystéropexie vaginale (opér. de Nicoletis), nouv. mode de trait. des déviations utérines, thèse de Paris, 1890. — DOLÉRIS, Leçons sur les déviations utérines (*Prat. méd.*, 1888, II, III); Pathogénie et traitement des flexions utérines (*Gaz. des hôp.*, 1888, p. 23); Statique utérine et plancher pelvien (*Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1890). — DOLÉRIS et PICHEVIN, La pratique gynécologique. Paris, 1896, 2 vol. — DURET (de Lille), *Soc. des sc. méd. de Lille*, 1893; Des déviations utérines (*Bull. méd.*, 21 août 1895). — FOIX, Des rétrodéviations utérines adhérentes et de leur traitement, thèse de Bordeaux, 1893-1894. — FRITSCH, Les déplacements et inflammations de l'utérus (*Handbuch des allg. u. spec. Chirurgie*. Stuttgart; *Deutsche Chirurgie*, Stuttgart, 1884). — GOUTCHAROFF, Contribution à l'étude des flexions utérines au point de vue de leur traitement, thèse de Paris, 1877. — JOHNSON, Opération d'Alquié-Alexander (*Amer. Gynec. and Obst. Journ.*, avril 1896). — G. KEITH, Antéflexion (*Brit. med. Journ.*, 29 février 1896; *Sem. gynéc.*, 1896, p. 79). — LANDRON, Sur le traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, thèse de Paris, 1900. — LAROYENNE, Nouveau traitement de l'antéflexion par l'hystéropexie. Simplification du procédé opératoire (*Arch. de tocol. et de gynéc.*, 1894, XXI; *Congrès de Bordeaux*, 1895). — LE DENTU, Sur un signe de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus (*Gaz. méd. de Paris*, 1892, p. 211); La crête médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe de rétrodéviations (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI). — M. LÉVY, Considérations sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement, thèse de Paris, 1897. Contient de nombreuses figures et une bibliographie étendue. — MACKENRODT, *Arch. für Gynæk.*, XLVIII, 1895; *Centralbl. für Gynæk.*, 1895, n^o 49; *Sem. gynéc.*, 1896, n^o 7. — MANRIQUE, Étude sur l'opération d'Alexander, précédée de quelques considérations sur les déplacements de l'utérus, thèse de Paris, 1886. — F.-P. NOURSE, An original Operation for the radical Relief of uter. Flexions (*Amer. Journ. of Obst.*, 1896). — OLSHAUSEN, Traitement des rétrodéviations de l'utérus (*Zeitschr. für Geburtshunde u. Gynæk.* Berlin, 1898, B. XXII). — PERICHON, Contribution à l'étude du traitement opératoire de la rétrodéviations de l'utérus, thèse de doctorat, 1900. — PAUL PETIT, Réflexions cliniques et opératoires sur 66 cas de déviations utérines (*Sem. gynéc.*, 1896, p. 233). — C.-A.-L. REED, The surgic. Treatm. of anterior Displacements of the Ut. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1892). — B.-S. SCHULTZE, Traité des déviations utérines, trad. par F.-J. HERRGOTT. Paris, 1884, avec fig. — SCHWARTZ, Du traitement des déplacements et des déviations utér. par le raccourcissement des ligaments ronds (*Revue de chir.*, 1889, p. 831). — P. SEGOND, *Bull. de la Soc. de chir.*, 25 févr. 1889. — MARION SIMS, Notes cliniques sur la chir. utér., trad. LHÉRITIER, Paris, 1866. — TARGHETTA, Des déviations de l'utérus, leurs moyens curatifs; la méthode d'Alquié-Alexander, thèse de Paris, 1892-1893. — THIRIAR (de Bruxelles), Procédé opératoire pour guérir les flexions utérines (*Ann. de gynéc.*, 1892, XXVIII, p. 261-263). — WINTER (de Berlin), Zur Pathologie des Prolapsus

(*Arb. aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynæk. Festschrift*). — VANDERHAGEN, Étiologie, pathogénie et traitement des rétrodéviations utérines, thèse de Paris, 1891. — WINKEL, Die Behandlung der Flexionen der Uter. mit intra-uterinen Elevatoren. Berlin, 1872.

PROLAPSUS GÉNITAL.

Il serait plus facile sans doute, et, apparemment, plus simple de décrire isolément le prolapsus de l'utérus et celui de l'une et l'autre paroi du vagin, compliqué ou non de la hernie de la vessie et du rectum; mais cette manière de concevoir la lésion qui nous occupe serait peu conforme à la réalité clinique. On peut, il est vrai, constater souvent, chez une malade tel ou tel déplacement à l'état isolé; mais c'est qu'on surprend, à un stade déterminé de son évolution, un processus dont tous les temps et les modalités sont solidaires et dont la succession aboutirait à l'ectopie complète de l'utérus, précédée ou suivie de l'inversion des parois vaginales.

C'est donc le prolapsus génital dans son ensemble que nous allons étudier en attribuant à chacun de ses éléments l'importance relative qui lui convient.

Définition.

— On peut le définir : une rupture de la statique pelvienne déterminant le déplacement de haut en bas de l'appareil utéro-vaginal et s'accompagnant de troubles variés, locaux et éloignés. Hart, Trélat, l'ont comparé aux hernies abdominales; on l'a appelé hernie sacro-pubienne; mais il est bien

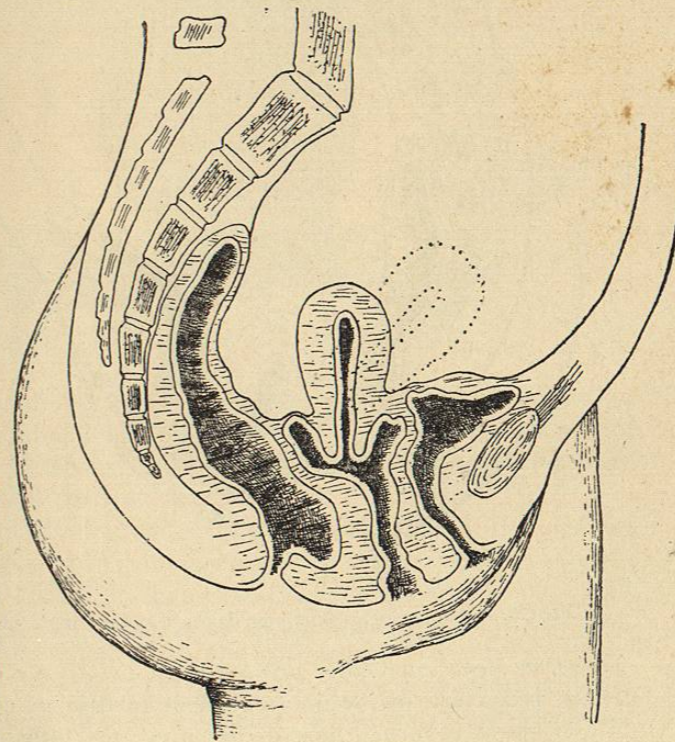


Fig. 72. — Prolapsus au premier degré (d'après Bonnet et Petit).