

les coupe court et on les laisse en place. L'auteur se propose un double but : l'action mécanique de rétrécissement et la sclérose qu'entraîne la présence de ces corps étrangers. Freund aurait eu 6 succès sur 6 ; mais Gartig a compté 4 insuccès sur 7.

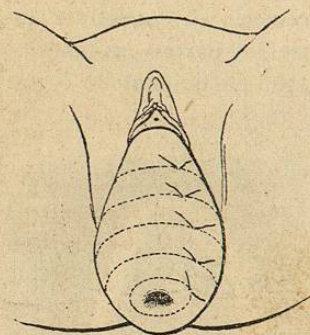
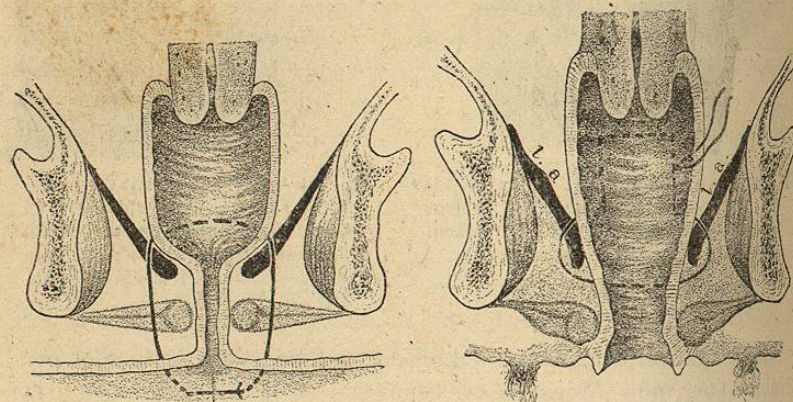


Fig. 105. — Disposition des fils dans le procédé de Freund.

Jacobs, sous le nom de *colpostricture* ou *pessaires multiples*, fait la même opération avec des crins de Florence étagés et généralement au nombre de trois, et pour compléter le résultat après l'hystérectomie vaginale pour prolapsus complet.

Gubaroff circonscrit sur les deux parois, antérieure et postérieure, un quadrilatère au moyen d'une aiguille armée d'un crin de Florence. La constriction du fil détermine la formation d'un large repli transversal solide. Le fil postérieur

rapproché les bords du releveur et doit reconstituer le plancher pelvien (fig. 106 et 107). Abandonné dans les tissus, il doit, en outre,



Procédé de Gubaroff.

Fig. 106. — Schéma du plancher pelvien, coupe transversale destinée à démontrer la disposition d'une des sutures comprenant le bord externe du releveur de l'anus ainsi que l'action de cette suture sur le plancher pelvien qu'elle relève quand elle est nouée.

Fig. 107. — Schéma de la paroi postérieure du vagin, du plancher et de la disposition de la suture. On voit la pénétration initiale qui est aussi celle de la sortie de l'aiguille (côté droit du dessin) : le pointillé indique la disposition du fil sous la muqueuse vaginale.

déterminer une inflammation qui fixera définitivement les tissus dans leur nouvelle situation.

Péan passait, de chaque côté du col, à travers le cul-de-sac latéral, deux rangées de sutures qui, laissées en place pendant trois

semaines, devaient couper les tissus et déterminer des adhérences inflammatoires.

Franck dissèque le vagin jusque près du cul-de-sac postérieur, puis fait des sutures profondes déterminant la formation d'un pli. Ferny fait une opération analogue en essayant de déterminer des adhérences entre le vagin disséqué et les parties profondes.

De nombreuses variantes de procédés destinés à rétrécir le vagin ou à enrayer sa descente pourraient être encore énumérées, mais elles n'ont guère qu'un intérêt de curiosité et de bibliographie.

Opérations de suspension. — Les unes, indirectes, s'adressent aux ligaments, les autres directement à l'utérus.

Raccourcissement des ligaments ronds. — Bien que mieux adaptée au traitement de la rétroversion pure, l'opération d'Alquié-Alexander a été pratiquée contre le prolapsus. Fournissant un double point d'appui au fond de l'utérus, corrigeant la rétrodéviation dont nous connaissons le rôle pathogénique important, il était naturel et logique d'y recourir, au moins dans une certaine catégorie de cas. Certains opérateurs, Polk, Maltakowski, etc., l'ont pratiquée avec succès à l'exclusion de tout autre acte opératoire. Nous pensons que, comprise ainsi, dans tous les cas, elle ménagerait de nombreuses déceptions ; mais comme opération complémentaire, après la restauration du plancher pelvien, c'est certainement un des plus sûrs, sinon le meilleur, des moyens de suspension. La technique ne diffère en rien de celle qui a été exposée à propos de la rétrodéviation.

Piqué a proposé, dans le prolapsus, une colpexie indirecte dérivée de l'Alexander. Elle consiste en une double section latérale dirigée comme pour la découverte des ligaments ronds ; mais on effondre avec une sonde cannelée le fascia transversalis et le péritoine afin d'arriver sur les cornes utérines qu'on fixe ensuite, par trois fils, aux piliers. Cette modification serait indiquée dans les cas d'insuffisance des ligaments ronds atrophés et surdistendus par un vieux prolapsus.

Byford, sous le nom de *colpo-cystorrhaphie*, fait une opération qui vise à suspendre en même temps la vessie et le vagin. Il se sert de l'incision d'Alexander pour raccourcir les ligaments ronds et, en même temps, pour suturer à la paroi postérieure du canal inguinal, de chaque côté, la tunique fibreuse du vagin. Il termine par la colpo-périnéorrhaphie de Martin.

Kiriak a fait une *hystéro-cysto-ventropexie* consistant : 1° à fixer la paroi antérieure de la vessie à la paroi abdominale ; 2° la face postérieure de la vessie à la paroi antérieure de l'utérus ; 3° l'utérus lui-même à la paroi abdominale.

De Vlaccoz, Dumoret, Tuffier ont tenté la cystopexie seule, les deux premiers par laparotomie et suture médiane à la paroi. Tuffier

a fait l'incision extrapéritonéale de la taille, puis a suturé la vessie à droite et à gauche.

Delbet, dans un cas supposant l'hystérectomie abdominale préalable, a proposé de suspendre le vagin aux ligaments ronds contournant la vessie.

Reynier, par la colpotomie postérieure, a entrepris de créer des adhérences dans le cul-de-sac postérieur pour suspendre l'utérus. Il a combiné ce moyen avec la colporrhaphie et a obtenu un succès.

Kochs a proposé le raccourcissement des ligaments larges par le vagin en les ramenant de part et d'autre et les suturant au-devant de l'utérus.

Frommel a tenté, sans succès, de raccourcir les ligaments utéro-sacrés par laparotomie.

Sänger a proposé de même la rétrofixation du col, mais par la voie vaginale. Les fils traverseraient la lèvre postérieure du col, les ligaments utéro-sacrés, et par leur constriction causeraient l'oblitération du Douglas.

Tous ces procédés, et d'autres encore, sont ingénieux, peuvent inspirer une technique particulière pour un cas donné, mais nul ne peut s'ériger en méthode générale.

Il en est de même de la *colpohystéropexie* de Dürhssen, Mackenrodt, qui a été appliquée au prolapsus par Fehling, Longyear, etc., et qui, perfectionnée comme elle l'a été par Le Dentu et Pichevin, peut rendre des services dans des cas légers, compliqués de petites lésions annexielles.

HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE. — Adoptée, de préférence au raccourcissement des ligaments ronds, par de nombreux opérateurs, elle comporte les mêmes réserves que celui-ci, quant à son emploi isolé. Seule, elle ne peut guère corriger le prolapsus vaginal et expose à l'inversion, aux tiraillements douloureux de la paroi abdominale, à la récurrence. Comme opération complémentaire, associée aux opérations plastiques pratiquées sur le périnée et le vagin, elle donne des résultats très favorables. Sa technique a été décrite à propos des rétrodéviations.

HYSTÉRECTOMIE PARTIELLE ET TOTALE. — *a.* **HYSTÉRECTOMIE PARTIELLE.** — On sait quel rôle jouent, sinon dans la genèse, au moins dans les modalités cliniques du prolapsus, l'allongement sus-vaginal et l'hypertrophie du col. Il est peu de cas qui ne soient compliqués de l'un ou l'autre de ces éléments et leur suppression s'impose. Non seulement l'amputation sous- ou sus-vaginale allège le poids de l'organe, en réduit la longueur et facilite d'autant son relèvement; mais elle détermine, à sa suite, dans tout l'organe et dans le tissu cellulaire péricervical, un travail bien connu d'involution, de sclérose, éminemment propre à la cure définitive. Elle constitue donc un

temps opératoire presque toujours utile, et le plus souvent indispensable, du traitement chirurgical.

L'*amputation vaginale* du col a été décrite à propos de la métrite. La technique de Schröder nous semble de beaucoup supérieure à toute autre (fig. 108, 109 et 110).

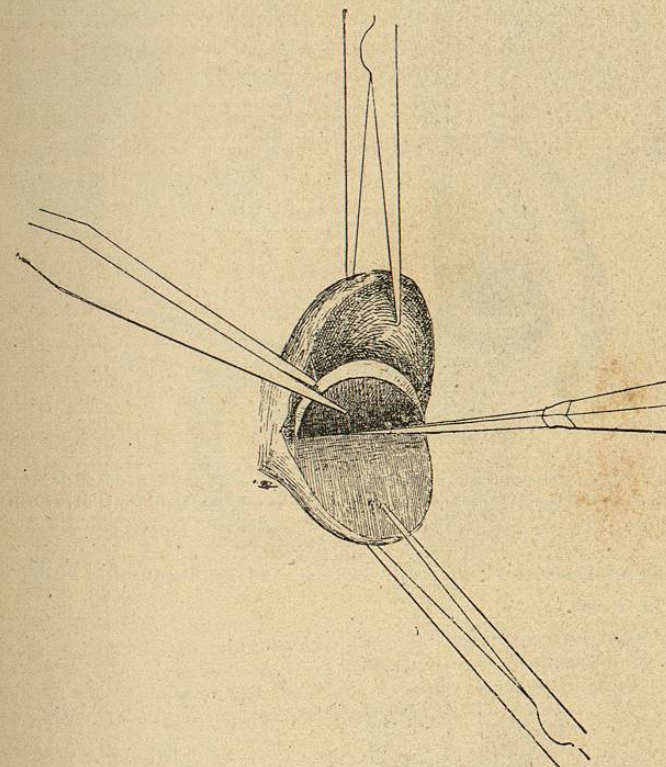


Fig. 108. — Amputation de la portion vaginale du col suivant le procédé de Schröder : le bistouri achève le détachement d'un segment cunéiforme sur la lèvre postérieure (S. Bonnet et Paul Petit).

L'*amputation sus-vaginale* commence comme l'hystérectomie vaginale. Incision circulaire de la muqueuse au niveau de son insertion sur le col; libération de celui-ci en avant et en arrière, aussi haut que possible. Section bilatérale au niveau des commissures. Les valves antérieure et postérieure sont alors sectionnées obliquement à une hauteur de 4, 5, 6 centimètres et la muqueuse vaginale soigneusement affrontée et suturée à la muqueuse utérine d'après la technique d'Hegar (fig. 111) ou de Schröder (fig. 112).

Afin de donner plus de solidité et de soutien au col, Follet (de Lille) combine l'amputation avec la *colpectomie supérieure*. Deux incisions circulaires et parallèles sont tracées sur la muqueuse, l'une

à quelques centimètres de la vulve, l'autre près du col, et reliées par deux incisions latérales. Les deux lambeaux ainsi délimités sont

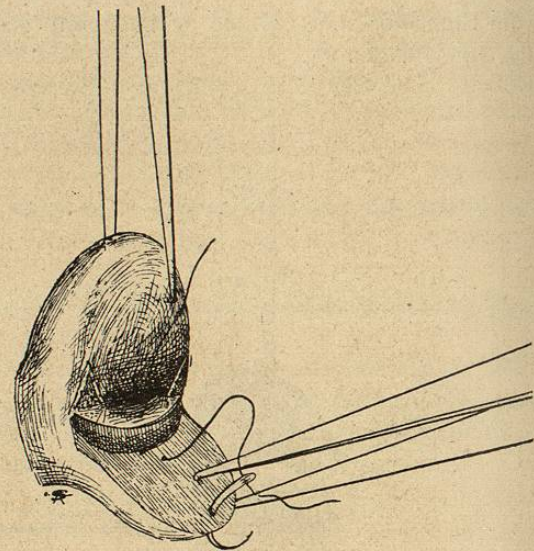


Fig. 109. — Amputation de la portion vaginale du col suivant le procédé de Schröder: passage d'un fil à suture à travers l'éperon et le lambeau (Paul Petit et S. Bonnet).

disséqués et réséqués : on isole la vessie et les ligaments larges dont on lie la base.

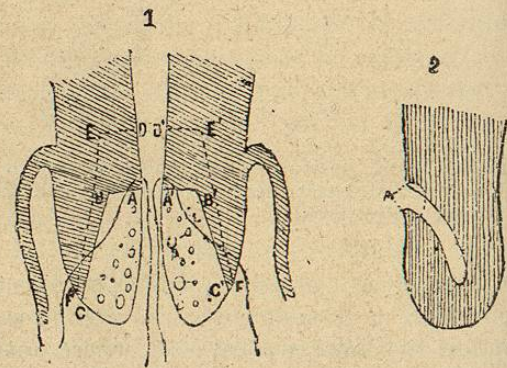


Fig. 110. — Schéma figurant le col en coupe verticale et antéro-postérieure vue de côté, et l'amputation cunéiforme de Schröder. — 1, ABC, A'B'C', surface cruentée des lambeaux taillés sur les deux lèvres; AF, A'F', passage des fils; DEF, D'EF', tracé de l'incision supra-vaginale; 2, affrontement du lambeau.

On résèque alors 5 ou 6 centimètres du col et on termine par une périnéoplastie de Doléris. La plaie est tamponnée sans sutures et se cicatrise peu à peu en formant une sangle cicatricielle solide.

Westermarck, dans le même ordre d'idées, ajoute à l'amputation

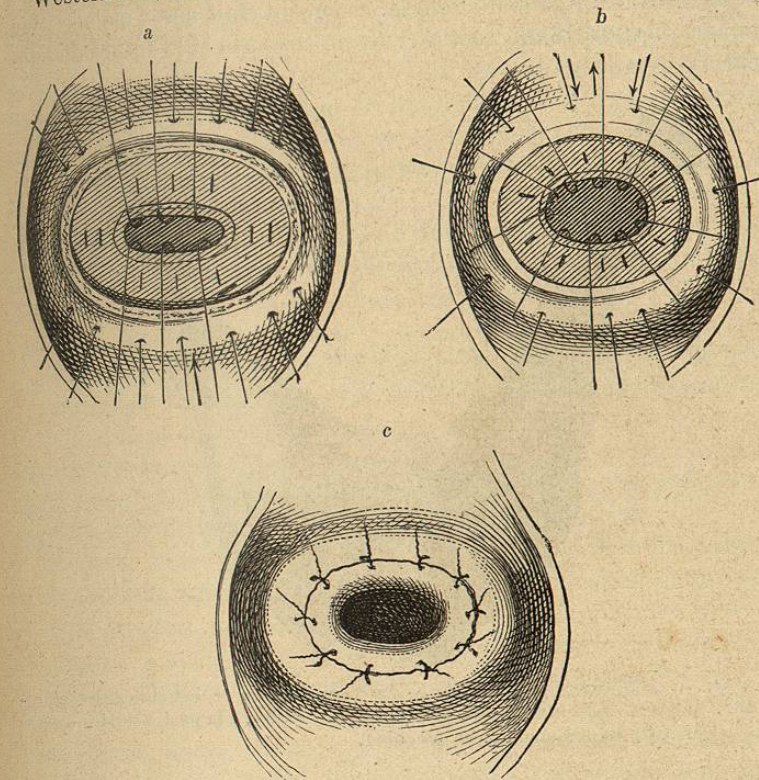


Fig. 111. — Amputation supra-vaginale du col. Disposition des sutures (d'après Hegar). Figure empruntée à Hegar et Kaltenbach. — a, disposition des fils superficiels et des fils profonds; b, rapprochement des deux muqueuses vaginale et cervicale; c, aspect du col après constriction des fils.

du col deux colporraphies latérales, triangulaires, à base juxta-cervicale, destinées à resserrer transversalement le vagin et à déterminer une rétraction plus solide de la base des ligaments larges. Il termine par une périnéoplastie de Tait. Il a obtenu ainsi 22 succès.

L'hystérectomie partielle par la voie abdominale est rarement pratiquée comme traitement du prolapsus, à moins qu'il ne soit compliqué de fibromes. Cependant Jacobs l'a pratiquée systématiquement comme temps préparatoire d'une *colpopexie ligamentaire* (fig. 113). Attirant, après résection du corps utérin, le moignon cervical aussi haut que possible,

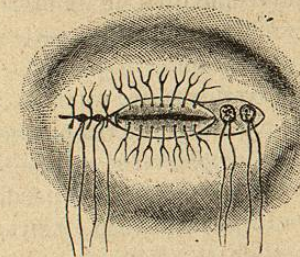


Fig. 112. — Amputation supra-vaginale du col. Disposition des sutures (d'après Schröder).