CANCER DE L'UTÉRUS

Faire le diagnostic précoce du cancer de l'utérus n'est pas toujours facile, et cependant, ce n'est qu'avec un diagnostic précoce que l'intervention peut donner des succès. On ne doit attendre, pour faire le diagnostic, ni les *douleurs*, ni l'*altération de l'état général*, ni les *écoulements fétides*. Quand ces signes existent, généralement il est trop tard pour intervenir. Que la femme soit jeune ou âgée, le premier signe du carcinome utérin est une *perte de sang*. La persistance de l'hémorrhagie ou du suintement doit mettre le médecin dans l'obligation de pratiquer l'examen local. Il faut qu'il inspecte le col, qu'il touche, qu'il palpe avec le plus grand soin. Il trouvera alors le cancer sous la forme *papillaire*, *infiltrée* ou *cavitaire ;* ces dernières formes doivent être soigneusement étudiées et diagnostiquées avec la métrite. Toute ulcération douteuse doit être excisée et soumise à l'examen microscopique.

Si l'on soupçonne un cancer du corps, le curettage doit être pratiqué, et les débris doivent être soumis à l'examen microscopique.

C'est la seule façon scientifique de reconnaître dès le début le cancer et d'y porter remède.

Plus tard, le diagnostic est facile. Encore faut-il bien déterminer : 1° le siège du cancer ; 2° ses limites ; 3° la mobilité de l'utérus ; 4° l'état du paramétrium ; 5° l'état général de la malade ; 6° l'importance des complications, hémorrhagie, etc.

Avec ces éléments de diagnostic doit-on proposer une *opération radicale* ou une *opération palliative ?*

Opération radicale. — *Indications.* — Pour être justiciable d'une opération *facile* et *efficace*, le cancer de l'utérus doit réunir les conditions suivantes :

1° Être limité strictement au niveau de l'utérus, col ou corps, sans aucune propagation du côté des ligaments larges ; 2° n'avoir compromis en rien la mobilité de l'utérus ; 3° avoir respecté l'état général.

L'opération radicale est formellement *contre-indiquée* dans les cas où le petit bassin est pris, les culs-de-sac vaginaux détruits, l'utérus fixé.

L'opération radicale est *possible* dans les cas où la lésion a envahi incomplètement sur un seul point le cul-de-sac du vagin ; quand l'utérus a perdu, mais incomplètement, sa mobilité. En un mot, quand la lésion, bien qu'ayant dépassé le col, paraît encore limitée et accessible (Ricard).

L'opération palliative trouve ses meilleures indications dans les cas où l'opération radicale est contre-indiquée, mais où l'*hémorrhagie* devient prédominante et compromet par sa répétition et son abondance la vie de la femme ; c'est surtout la *forme végétante* du cancer qui est justiciable de cette opération.

Opérations radicales. — Quelles sont les opérations radicales proposées dans le cancer de l'utérus ?

1° L'amputation supra-vaginale du col ;

2° L'hystérectomie totale vaginale ;

3° L'hystérectomie abdominale totale.

L'amputation supra-vaginale du col est facile et inoffensive. Elle a donné parfois des guérisons ; mais elle ne peut avoir la prétention d'être une bonne opération radicale. Elle a été vite supplantée par l'hystérectomie, malgré le plaidoyer de Verneuil.

A l'heure actuelle, la discussion se limite. C'est entre l'hystérectomie vaginale totale et l'hytérectomie abdominale totale qu'il faut choisir dans les cas où l'opération radicale est *formellement indiquée*.

Les partisans de l'hystérectomie abdominale reprochent à l'opération vaginale de ne pas être une opération complète, de négliger les ganglions, qui seraient souvent pris dès le début, de ne pas être aussi respectueuse de la vessie et de l'uretère.

Les partisans de l'hystérectomie vaginale répondent que, dans les cas où l'opération est facile et le cancer limité, l'hystérectomie vaginale est une opération complète, que les ganglions ne sont pas aussi souvent pris qu'on l'a dit et que souvent, d'ailleurs, avec une opération abdominale, on n'a pas trouvé de ganglions.

Ils mettent surtout en avant la statistique et la gravité de l'opération abdominale, qui donne 27 0/0 de mortalité,

tandis que la vaginale ne donne que 8,30 0/0 de mortalité, d'après les récentes statistiques (Belbœuf).

Il est impossible actuellement de donner une formule définitive. Il faut attendre; s'il était prouvé que les récidives sont moins fréquentes après l'opération abdominale, il ne faudrait pas hésiter à l'adopter.

Cependant, il restera encore des indications en faveur de l'hystérectomie vaginale. Chez les femmes très grosses et chez les vieilles femmes, la voie vaginale devrait toujours être préférée, car elle est incontestablement plus bénigne.

De même la voie abdominale est formellement indiquée de l'avis de tous, et dès à présent, quand le cancer est limité au *corps* de l'utérus. Par la voie vaginale, on ne fait, dans ce cas, que des opérations difficiles, laborieuses et peu efficaces.

J'ai fait deux opérations de ce genre; j'ai eu par la voie vaginale la récidive rapide après une opération laborieuse d'une heure et demie; par la voie abdominale, j'ai eu la guérison maintenue depuis six mois, après une opération rapide et facile.

Quand l'opération radicale est *seulement possible*, c'est-à-dire quand le cancer n'a fait que dépasser les limites de la coque utérine, l'*opération abdominale* s'impose. La voie vaginale devient difficile, périlleuse souvent, presque constamment incomplète, et l'on peut dire que la récidive n'existe pas alors; mais presque toujours on assiste à la continuation du mal (Ricard). Cela est si vrai que, dans les cas de ce genre (quand le mal a dépassé un peu l'utérus), plutôt que de faire une hystérectomie vaginale, il serait tout aussi avantageux de pratiquer une *amputation du col*, et l'*hystérectomie abdominale* devrait être comparée ici avec l'*amputation du col*. La comparaison (est-il besoin de le dire) est tout en faveur de l'hystérectomie abdominale. Si, pour une raison spéciale (état général, obésité, etc.), la voie abdominale devenait impossible, c'est à l'amputation du col qu'il faudrait revenir.

Efficacité de l'opération radicale. — L'opération radicale (hystérectomie) est efficace, pourvu qu'elle soit faite dès le début. Les statistiques de Schrœder et Hofmeier accusent 40 0/0 de guérisons au bout de quatre ans, celle de Thorn

accuse 50 0/0 de guérisons. Mais, dans tous ces cas, l'opération était *formellement indiquée*, c'est-à-dire pratiquée sur un cancer qui n'avait dépassé, sur aucun point, la coque utérine.

Il existe d'ailleurs à cet égard des différences considérables entre les statistiques. Tandis que les étrangers accusent 29 0/0 de guérison, Sorel ne trouve que 2 0/0 de guérison au bout de trois ans.

Sur six hystérectomies vaginales, j'ai suivi une femme vivante trois ans et une pendant deux ans; c'étaient les seuls cas où l'utérus était très mobile. Dans tous les autres cas, l'opération était seulement possible, et la récidive est survenue entre le sixième et le dixième mois.

Dans l'état actuel de la science, on peut donc dire avec Richelot que notre devoir est d'opérer de bonne heure et de nous contenter de peu.

Technique opératoire. — L'*hystérectomie vaginale*, pour cancer, ne doit être faite que lorsque l'utérus est très mobile. Pour être *efficace*, l'opération doit être *facile*. On commencera par libérer le col utérin de la vessie, et on abandonnera l'opération si les adhérences de la vessie sont intimes; sinon on continuera par l'ouverture du cul-de-sac postérieur et par la forcipressure ou l'écrasement de l'étage inférieur des ligaments larges. L'utérus doit être enlevé, dans ces cas, sans être ouvert, de crainte de l'infection et de greffes cancéreuses. Le col sera préalablement curetté et cautérisé.

L'*hystérectomie abdominale*, pour cancer, se fait sur le plan incliné et avec la valve inférieure, de manière à bien exposer le champ opératoire.

L'utérus, saisi par son fond, est détaché de toutes ses adhérences en avant, en arrière, et surtout sur les côtés. C'est à l'aide des ciseaux qu'on pratique cette extirpation, en faisant basculer l'utérus sur le côté, à l'aide des pinces hémostatiques, qui sont placées sur le bout central du ligament large.

Il faut avoir soin de ne pas infecter l'abdomen et d'ouvrir le vagin en dernier lieu.

Si le ligament large est envahi, s'il existe une induration à côté du col, il est de toute nécessité de disséquer l'uretère.

Enfin la recherche et l'ablation des ganglions s'imposent. Le drainage est de rigueur.

Le **traitement palliatif** du cancer utérin n'est pas un vain mot. Il répond à des indications de premier ordre, que tout médecin doit avoir à cœur de remplir.

Ces indications sont les suivantes :

1° Calmer la douleur;

2° Faire disparaître l'écoulement fétide;

3° Arrêter les hémorrhagies.

Pour calmer la douleur, on s'adressera surtout à l'opium, qu'on peut administrer sous forme d'injections de morphine.

Les soins de propreté, les injections de permanganate de potasse à 1/1.000 atténuent l'odeur insupportable du cancer. Si elles sont données chaudes, elles peuvent aussi arrêter les hémorrhagies.

Mais le traitement par excellence de l'hémorrhagie, de l'ichor fétide et des douleurs est le *curettage* avec cautérisation et pansements.

Curettage. — Il est indiqué toutes les fois qu'il existe des masses bourgeonnantes et que l'opération radicale est contre-indiquée.

Il faut endormir la malade, et, après avoir nettoyé la vulve et le vagin, curetter vigoureusement toutes les masses néoplasiques avec une grosse curette, en prenant soin de ne pas entamer la vessie ni le rectum. Le col une fois débarrassé de toutes les masses fongueuses, on doit pénétrer, avec une curette plus petite, dans le corps de l'utérus et enlever tout ce qui vient facilement, sans avoir égard à l'hémorrhagie, qui est abondante.

L'irrigation d'une solution très chaude entraîne les débris, et, sur les surfaces cruentées, on porte le fer rouge profondément, de manière à assécher complètement l'utérus. On fait, ensuite, un pansement.

Le pansement sera compressif et sera fait avec de la gaze iodoformée.

Au bout de deux ou trois jours, on peut associer à ce traitement les injections de *bleu de méthylène* (Mosetig) à 1/500,

dans le tissu utérin, ou les injections d'alcool (Schultz, Vuilliet), qu'on fait par gouttes, et qu'on répète 2 ou 3 fois par semaine.

Dans d'autres cas, j'ai pansé avec le *carbure de calcium* (Guinard), qu'on enlève au bout de quatre à cinq jours.

Ce traitement donne des résultats inespérés. Dernièrement encore, une femme exsangue à cause des hémorrhagies et arrivée au dernier degré de la cachexie, a pu, grâce à un curettage énergique, récupérer ses forces, revenir à la vie, marcher et se croire guérie pendant quatre mois.

Rien n'empêche de répéter ces opérations plusieurs fois.

FIBROMES DE L'UTÉRUS

Les fibromes sont très fréquents. Ils sont *sous-séreux*, *interstitiels* ou *sous-muqueux*. Ils provoquent des douleurs et des hémorrhagies très abondantes. Ils gênent par leur présence et finissent, tout en étant des tumeurs bénignes, par devenir très graves.

Les fibromes ne peuvent être considérés comme des tumeurs inoffensives, même quand ils ne provoquent pas d'accidents immédiats.

Il faut aussi se rappeler que les fibromes de petit volume sont faciles à extirper et que l'opération dans ces cas est bénigne, tandis que les gros fibromes sont toujours graves, et leur traitement est difficile et dangereux. Ces considérations doivent nous pousser à soigner et à extirper les fibromes de petit volume, même quand ils ne sont pas très gênants.

Une autre considération qui a son importance, c'est que les fibromes rétrocédent parfois et cessent de devenir gênants, au moment de la ménopause.

Indications opératoires. — Basé sur ces deux ordres de considérations le médecin peut se prononcer sur l'*opportunité* opératoire des fibromes.

Le fibrome est petit; il est sous-séreux. Il ne provoque pas de douleurs ni d'hémorrhagie. La femme est près d'arriver à la ménopause, c'est une fibrome à respecter.

Le fibrome est volumineux; mais il ne provoque pas d'accidents sérieux. La femme est près de la ménopause. Il est à respecter.

Le fibrome est petit, mais il provoque des accidents (douleurs ou hémorrhagies). Il faut toujours l'opérer, quel que soit l'âge de la malade. En effet, on peut, dans ces cas, faire une opération bénigne, parfois même une opération conservatrice et guérir radicalement la femme, tandis que les autres traitements sont sujets à caution, et rien ne nous démontre que le fibrome ne continuera pas à grossir et à devenir grave.

Le fibrome est volumineux et il provoque des accidents.

Dans ces cas, on se comportera suivant la gravité des accidents et l'âge de la femme.

Si la femme est près de la ménopause et que les accidents ne sont pas très sérieux, il est préférable d'attendre. L'opération est grave. Pour la tenter, il vaut mieux avoir épuisé tous les autres moyens et attendre la ménopause.

La femme est encore jeune, le fibrome est volumineux. Il provoque des accidents sérieux (hémorrhagie, etc.). L'indication opératoire est nettement posée, dès que les moyens habituels n'ont pas réussi à parer aux accidents.

Avec ces quelques préceptes, on pourra, dans la majorité des cas, poser l'*indication opératoire*.

On peut donc considérer, dans la thérapeutique des fibromes, le traitement radical et le traitement palliatif.

Traitement palliatif des fibrones. — Dans ce traitement, un médicament est surtout à connaître, c'est l'*ergotine*.

L'*ergotine* est un extrait de seigle ergoté. Voici la solution qu'on peut formuler :

Ergotine (d'Yvon).....	5 gr.
Hydrate de chloral.....	1 —
Eau distillée.....	100 —

On injecte de ce liquide 12 gouttes par jour. Il faut prendre les précautions habituelles d'antisepsie pour éviter les abcès. L'injection est faite sous la peau et profondément.

On doit interrompre le traitement dès qu'il se déclare de fortes coliques utérines ou des signes d'ergotisme (fourmillements des doigts, coloration bleuâtre des ongles).

L'ergotine agit surtout sur les fibromes interstitiels et les sous-muqueux.

Le traitement par l'ergotine peut donner des résultats.

Si, au bout de deux époques menstruelles, il n'y a pas de modifications, il n'y a pas lieu d'insister.

Souvent on observe un rapetissement du fibrome, la cessation des hémorrhagies.

L'inconvénient de l'ergotine est dans la mortification du fibrome. Aussi certains auteurs déconseillent-ils la cure de l'ergotine sur les fibromes ayant dépassé le volume d'une tête de fœtus.

On a conseillé aussi la teinture de *Cannabis indica*, à la dose de 10 gouttes, donnée trois fois par jour. pour arrêter les hémorrhagies.

L'extrait fluide d'*Hydrastris canadensis* (25 gouttes, deux ou trois fois par jour). Le *bromure de potassium*, l'*antipyrine*, l'*arsenic*, ont été conseillés.

Les *eaux minérales chlorurées sodiques* (Salies-de-Béarn, Salins, etc.) ont une action indéniable sur le corps fibreux.

Traitement électrique. — Une grande méthode de traitement non opératoire des fibromes est l'*électricité*.

On connaît trois procédés dérivant de cette méthode : celui de Chéron, de Danion et d'Apostoli.

1° *Procédé de Chéron.* — On introduit jusqu'au col un tampon électrique et on applique sur l'abdomen l'électrode négative. On ne dépasse pas 50 milliampères. On fait des interruptions pendant la séance ;

2° *Procédé Danion.* — Dans la cavité du col, on introduit une tige de platine isolée et recouverte à son extrémité d'un tampon d'amadou. L'électrode abdominale est une large plaque de terre glaise. Les intensités peuvent aller jusqu'à 150 milliampères ;

3° Le procédé d'Apostoli comprend la *galvano-caustique chimique* et la *galvano-puncture négative*. Il se distingue des autres par l'emploi systématique des hautes intensités.

On commence toujours par la *galvano-caustique chimique*. On applique sur l'abdomen le gâteau de terre glaise relié au

réophore négatif. On introduit l'hystéromètre en platine. On fixe le réophore. On commence à faire passer le courant. On ne dépasse pas 40 à 50 milliampères dans la première séance.

La séance dure douze à quinze minutes, dont cinq à six minutes sont consacrées au passage de l'intensité maxima.

Au bout d'une semaine, on fait une nouvelle séance.

On porte l'intensité à 70, 80 milliampères; on arrive plus tard à 100, 150, 200 milliampères.

La *galvano-puncture* est toujours négative. C'est le pôle négatif qui agit sur le fibrome.

On enfonce le trocart dans le fibrome à travers le cul-de-sac postérieur du vagin.

Le traitement électrique n'est pas indifférent. Il a à son passif une *mortalité*. On peut évaluer à 2 ou 3 0/0 la mortalité.

Au point de vue des résultats, les hémorrhagies paraissent se calmer dans un grand nombre de cas ; les douleurs disparaissent moins souvent. Quant à la régression de la tumeur, elle peut s'observer, mais elle n'est pas constante, ni très fréquente.

Le traitement électrique doit donc être conseillé dans les cas où l'opération ne peut se faire ou dans ceux où il est important d'*éviter une opération*.

Mais il faut savoir aussi que, parmi les méthodes non sanglantes, l'*électrothérapie* occupe le premier rang.

Une autre technique du *traitement électrique* est indiquée par M. le professeur Doumer, qui conseille d'employer la *faradisation intra-utérine* ou *intra-cervicale*.

Il emploie des courants intermittents (bobines à gros fil), des intermittences rares (de deux à dix par seconde) et fait des applications courtes (deux à trois minutes).

Les applications pourront être répétées deux ou trois fois par vingt-quatre heures.

Ces courants arrêtent les hémorrhagies.

Petites opérations. — Certaines *petites opérations* trouvent ici leur indication : c'est ainsi qu'on a préconisé le *curettage*, la *dilatation du col*, la *section bilatérale du col*, la *ligature vaginale des artères utérines*.

Le *curettage* est une petite opération qui peut rendre des services.

Je pense que, dans les cas urgents, quand *les hémorrhagies sont abondantes*, on fera bien de se contenter des *injections d'ergotine*, des *injections vaginales très chaudes* et, au besoin, du *tamponnement vaginal*.

Le **traitement opératoire radical** doit être préféré toutes les fois qu'il est possible. Nous allons examiner les circonstances les plus favorables à ce traitement.

Polypes de l'utérus. — Quand le fibrome est pédiculé et pend dans l'utérus, tout autre traitement que l'ablation est à rejeter.

L'ablation des polypes est une opération tellement simple et si inoffensive qu'on serait coupable de ne pas la proposer en premier lieu.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° *Le polype est inclus dans la cavité utérine.* — Pour le mettre en évidence, il faut dilater le col et l'inciser de chaque côté, opérations préliminaires qui n'offrent aucune gravité.

Quand le polype est devenu apparent, on le saisit solidement avec une pince à griffe et on l'abaisse; le doigt peut alors trouver le pédicule. Avant de le sectionner, il est bon d'imprimer à la tumeur un mouvement de torsion et, avec des ciseaux courbe, de couper le pédicule près du fibrome. S'il survient de l'hémorrhagie, on finit l'opération par un tamponnement intra-utérin, avec la gaze iodoformée, après avoir donné une injection intra-utérine chaude à la solution faible de sublimé.

2° *Le polype pend dans le vagin.* — Dans ce cas, le doigt peut contourner la masse et trouver le pédicule, surtout si on abaisse le polype avec une pince à griffes.

Si le pédicule est accessible, une bonne précaution consiste avant de le couper à l'écraser à l'aide d'une forte pince à pression ou à l'écraseur de Doyen. Si on ne possède pas d'écraseur, il n'est pas mauvais de laisser sur le pédicule une pince-clamps pendant quarante-huit heures.

Cette petite précaution donne toute sécurité. On met donc le pédicule à découvert, on le saisit avec une pince et on le sectionne en dessous. On finit par une injection et un tamponnement lâche du vagin, à la gaze iodoformée.

3° *Le polype est si volumineux* qu'il emplit totalement le vagin et qu'il est impossible de le contourner pour trouver le pédicule. L'opération est un peu plus compliquée.

Dans ce cas, il faut attaquer le polype dans son centre, le morceler à l'aide du bistouri, en excisant de gros morceaux et en repérant les prises avec des pinces à griffes. Il n'y a pas d'hémorrhagie dans cette opération, pourvu que la traction des pinces soit assez forte. A un moment donné, le polype peut être accouché à travers la vulve. Le doigt saisit le pédicule, une pince est placée sur ce pédicule qu'on coupe en-dessous de la pince.

La nécessité d'exciser les polypes sous-muqueux est donc absolument admise. Cette excision s'impose même si, avec le polype qu'on voit dans le vagin, il co-existe un autre fibrome dans la matrice.

Dans plusieurs cas de ce genre, l'excision du polype m'a suffi pour mettre un terme aux accidents, et le fibrome a souvent diminué.

Les corps fibreux de petit volume non pédiculés sont souvent justiciables d'une opération.

Je pense que ces cas sont justiciables d'une opération vaginale conservatrice ou destructive (énucléation ou hystérectomie vaginale).

Les corps fibreux qui atteignent **le volume d'une tête d'enfant** et qui arrivent jusqu'à l'ombilic sont justiciables d'une intervention abdominale (laparotomie).

Je donne la préférence à l'hystérectomie sub-totale.

Cette opération, malgré tous les perfectionnements, est encore assez sérieuse. On ne se trompe pas en accusant une mortalité de 10 à 15 0/0.

Enfin dans ces derniers temps, sous l'influence des travaux de Témoin, Ricard, Tuffier et de la thèse de Zwibel, on tend

à substituer à l'hystérectomie *l'énucléation*, c'est-à-dire une opération conservatrice.

Je n'ai pas parlé de la *castration*. C'est une opération de nécessité, qu'on peut être amené à faire chez des femmes cachectiques, chez des malades qui ne peuvent supporter une autre opération. En réalité, cette opération a perdu et perd de plus en plus de terrain.

Technique. — *Hystérectomie vaginale pour fibrome.* — Je ne pratique l'hystérectomie vaginale que lorsque les fibromes sont petits (de la grosseur d'une pomme) ou quand la femme est âgée, cachectique ou obèse.

Le procédé le plus simple et le plus rapide est celui de Doyen : hémisection de l'utérus, abaissement, quelquefois évidement de la masse et hémostase du haut en bas avec des pinces que je laisse quarante-huit à cinquante-cinq heures à demeure. J'ai eu des résultats merveilleux chez des femmes anémiques au dernier degré, et qui n'auraient pas supporté une autre opération.

L'*hystérectomie abdominale*, je la fais dans tous les autres cas avec toutes les modifications modernes (plan incliné, valve abdominale, etc.). Voici le procédé que je préconise :

Je sectionne le ligament large de haut en bas sans hémostase du côté périphérique, j'arrive sur l'artère utérine que je découvre par mon incision et par le décollement du lambeau péritonéal antérieur et de la vessie. Je coupe l'artère utérine entre deux pinces et, mettant la vessie en lieu sûr, je tranche l'utérus au niveau de son col et je continue par la bascule, comme dans le procédé américain, de droite à gauche ou de gauche à droite. J'ai essayé, il y a longtemps, sur le cadavre la section première du col que M. Faure vient de préconiser, et je trouve que ce serait là un bon procédé, si on pouvait lier dès le début les utérines.

Je recouvre le tout de péritoine et je draine toujours par l'abdomen.

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS ET PESSAIRES

On peut distinguer deux grandes classes de déviations : 1° les antéflexions ; 2° les rétro-déviations.

1° Les **antéflexions** sont caractérisées par deux grands signes fonctionnels : la *stérilité* et la *dysménorrhée*.

A ces signes se joignent le complexus *utérin*, car la métrite est le complément habituel de l'antéflexion.

Il faut combattre la *métrite* par les moyens habituels et surtout par la *dilatation* de l'utérus et la modification de la muqueuse.

Les pessaires ne sont d'aucune utilité, sauf les pessaires intra-utérins, qui offrent de nombreux inconvénients.

En somme, avec la dilatation de l'utérus par les laminaires, avec la discission du col, avec une opération plastique sur le col, en cas d'atrésie, on arrive à modifier suffisamment l'antéflexion pour permettre la grossesse et pour guérir aussi la métrite.

Les rétro-déviations sont plus importantes à connaître.

Le diagnostic est, en général, facile au toucher. En arrière, on trouve le corps de l'utérus avec une crête médiane caractéristique.

Les troubles fonctionnels sont encore plus accusés que dans l'antéflexion.

Ils sont d'ordre nerveux, et les douleurs ainsi que l'état neurasthénique s'observent tout particulièrement dans cette affection.

Au point de vue *thérapeutique*, on doit distinguer plusieurs variétés de rétro-déviations.

Dans une première variété, la déviation est, pour ainsi dire, muette. Elle ne manifeste sa présence par aucun signe.

Il n'y a rien à faire.

Dans une seconde variété, la déviation est en rapport avec

une métrite. L'utérus, plus volumineux, bascule en arrière, peu contenu par un périnée relâché.

L'indication est très simple. La thérapeutique intra-utérine modifie l'état de l'utérus. L'organe, encore mobile, peut se réduire par des manœuvres faciles et peu dangereuses.

Sa position peut se maintenir à l'aide d'un pessaire, après restauration et consolidation du périnée, si ce dernier est relâché.

Enfin, dans les rétro-déviations adhérentes, il ne faut pas espérer arriver à la guérison par les moyens simples. Souvent d'autres organes sont malades, les ovaires sont altérés. La laparotomie est alors indiquée, à moins qu'on ne préfère par une opération vaginale, explorer les organes, détruire les adhérences et redonner à l'utérus sa position normale.

Parmi les cas de cette dernière variété, je dois mentionner ceux que nulle opération conservatrice ne parvient à améliorer et qui sont justiciables des plus grands sacrifices, de l'*hystérectomie*, par exemple.

La *réduction* de la rétrodéviation peut se faire par la *position genu-pectorale*, par les *mains*, par la *sonde*.

La *position genu-pectorale*, avec le vagin ouvert par une canule ou un petit spéculum, réalise la réduction par l'entrée de l'air (réposition spontanée aérienne de Courty).

C'est une excellente gymnastique à préconiser.

La *réposition manuelle* se fait en introduisant un ou deux doigts de la main gauche dans le vagin pour pousser le col en arrière, pendant que, de la main droite, on cherche à ramener le corps en avant, à travers les parois abdominales déprimées.

La *réduction par la sonde* s'obtient en introduisant une sonde, véritable hystéromètre dans l'utérus rétro-fléchi.

La concavité regarde d'abord en arrière.

L'hystéromètre subit alors un mouvement de rotation, suffisant pour porter sa concavité en avant.

Enfin on dirige le manche de l'instrument en arrière, vers la fourchette.

Si la réduction a pu être obtenue, il faut la conserver et maintenir l'utérus dans sa nouvelle position.