

Le pessaire intra-utérin, dont le meilleur type est à mon avis la tige de Lefour (voir p. 263) est susceptible de fixer en bonne situation l'utérus

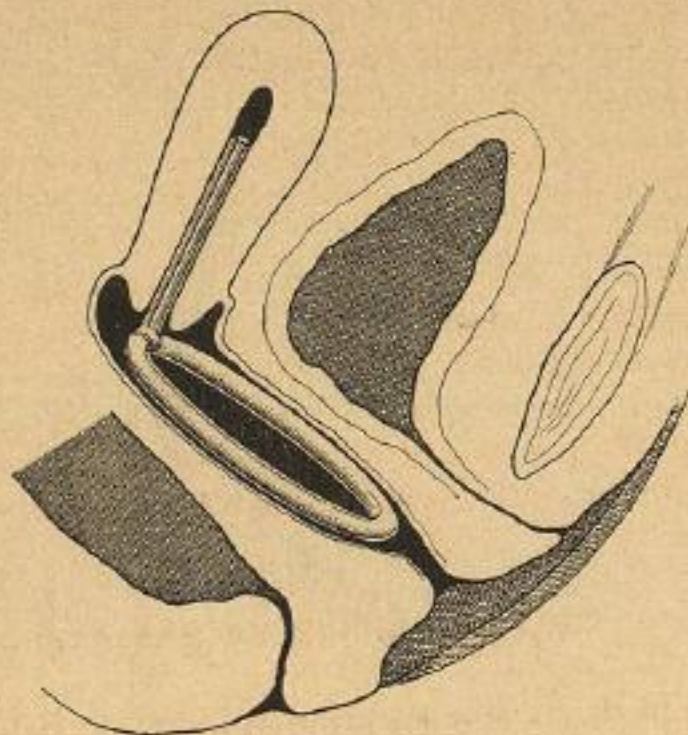


Fig. 401. — Pessaire mixte ou vagino-utérin de Sims.

rétrofléchi et non rétroversé, car dans la rétroflexion, le col conserve sa situation normale ou à peu près normale, et la tige intra-utérine, prenant point d'appui sur le col, maintient secondairement le corps.

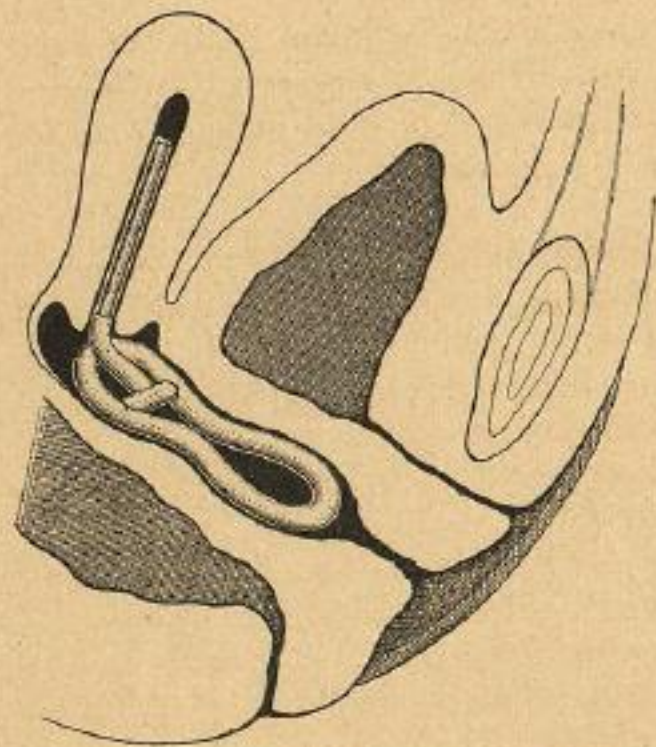


Fig. 402. — Pessaire mixte ou vagino-utérin d'Auvard.

L'application de cette tige se fait après redressement de l'utérus, on mieux en attirant le col au voisinage de la vulve; on fixe la tige, puis on replace

avec les doigts l'utérus dans sa position normale; la rigidité de la tige sur laquelle se moule l'utérus rend ce remplacement facile.

Je mentionnerai, en terminant cette revue des pessaires, les *appareils mixtes*, c'est-à-dire *vagino-utérins*, qui sont une combinaison des deux variétés précédentes.

Ils se composent d'une tige intra-utérine, reliée à un anneau vaginal; l'utérus, grâce à ces appareils combinés se trouve en quelque sorte empalé en bonne situation.

Les deux figures ci-jointes (401 et 402) rendent compte de cette fixation.

Ces pessaires mixtes, alors qu'ils sont bien appliqués et bien appropriés aux dimensions des organes génitaux, constituent de bons appareils de contention, seulement ils sont compliqués, de maniement et application difficiles, exigent une surveillance attentive; aussi sont-ils pour ces différentes raisons peu employés et leur préfère-t-on les simples pessaires vaginaux.

3^e ÉLECTRICITÉ ET MASSAGE

L'électricité ne donne que des résultats médiocres dans le traitement des rétrodéviations, toutefois elle pourra être un heureux adjuvant du massage. On l'emploie sous forme de courant *galvanique* ou *faradique*.

Galvanique, le pôle positif est appliqué dans le vagin ou le col de l'utérus, le négatif sur la paroi abdominale; séance de cinq à dix minutes, intensité 50 à 100 milliampères. Ce genre d'électricité convient de préférence aux cas où il y a congestion utérine.

Faradique, un pôle dans le vagin, l'autre promené transversalement de l'hypogastre aux fosses iliaques; secousses aussi intenses que peut les supporter la malade; l'électricité faradique est indiquée dans les cas où il y a relâchement des ligaments utérins.

Le massage s'applique heureusement aux formes de rétrodéviations irréductibles ou difficilement réductibles, car il arrive à relâcher et à rompre les adhérences qui maintiennent l'utérus dévié, alors que ces adhérences sont faibles et peu étendues, et de plus il corrige progressivement l'attitude ou la conformation vicieuse prise par l'utérus.

Il s'exécute d'après les principes qui ont été indiqués page 83; un ou deux doigts, introduits dans le vagin, fixent et maintiennent l'organe qu'on désire masser, col, corps ou annexes pendant que les doigts de l'autre main exercent des frictions à travers la paroi abdominale relâchée sur l'organe en question. Pendant que la main abdominale frictionne, le ou les doigts vaginaux, alors qu'il s'agit du corps de l'utérus, redressent petit à petit l'organe pathologique et corrigent progressivement la déviation.

Le massage doit être fait deux ou trois fois par semaine pendant cinq à dix minutes chaque fois; il doit être poursuivi pendant le temps nécessaire pour obtenir la réduction et le maintien de l'utérus, ordinairement de un à trois mois. Il doit être cessé pendant l'époque menstruelle.

4° OPÉRATIONS

SOMMAIRE

- a. *Opérations vulvo-vaginales.*
 1° Libération utérine.
 2° Autopexies utérines.
 3° Hystéropexies vaginales.
 4° Hystéropexies inguinales¹.
- b. *Opérations abdominales.*
 1° Libération utérine.
 2° Hystéropexies pariéto-abdominales.
 3° Hystéropexies intra-abdominales.
- c. *Procédés divers.*

A. — OPÉRATIONS VULVO-VAGINALES

1° Libération utérine.

Alors que l'utérus est maintenu rétrodévié par des adhérences péritonéales qui joignent la face postérieure à la face antérieure du rectum, on peut en ouvrant le cul-de-sac de Douglas par la voie vaginale les rompre à l'aide du doigt, libérer aussi l'utérus et le remettre dans sa situation normale.

Cette opération, pratiquée par *Byford, Stratz, Sanger*, a dans ses derniers temps été nettement précisée par *M. Boisleux*, qui l'a de nouveau préconisée sous le nom d'*élytrotomie interligamentaire*.

J'emprunte à *M. Boisleux* la description de l'opération².

« La femme étant anesthésiée et en position vulvaire, le siège élevé par un coussin, on place le spéculum Martin en arrière; on saisit la lèvre postérieure du col avec une pince à griffes, et on place comme l'indique la figure 403 les écarteurs vaginaux.

« L'aide qui tient la pince à griffes attire fortement en haut la lèvre postérieure du col: on voit alors saillir de chaque côté du cul-de-sac postérieur (fig. 403) deux cordes correspondant aux ligaments sacrés. Au niveau où ces deux cordes se rejoignent au col de l'utérus, on sent une *dépression (post-cervicale)*, limitée de chaque côté par la terminaison des ligaments utéro-sacrés: cette dépression correspond exactement au cul-de-sac de Douglas. Elle est limitée en haut par une *bride transversale* qui n'est autre que l'entre-croisement des ligaments au niveau de leur insertion sur le col. C'est immédiatement en arrière de cette bride transversale que devra commencer l'incision du cul-de-sac postérieur: elle se continuera sur la ligne médiane

¹ J'ai rangé dans les opérations vulvo-vaginales l'hystéropexie inguinale ou raccourcissement des ligaments ronds par la méthode d'Alquié-Alexander, par ce qu'elle se combine en général avec ces opérations et par ce qu'intermédiaire entre les opérations abdominales et vulvo-vaginales, elle se rapproche davantage de ces dernières par sa bénignité.

² *La Clinique Française*, sept. 1892, p. 395.

(ligne d'incision de l'opération de Battey) et aura une longueur de 6 à 8 centimètres. Il sera prudent de *passer un doigt dans le rectum au moment où l'on fera l'incision*.

« **MANCEUVRES.** — L'index gauche est alors introduit dans le Douglas, l'aide abandonne la pince à griffes qui tombe d'elle-même dans la main gauche de l'opérateur. La main droite déprime l'abdomen (fig. 404), va chercher le fond

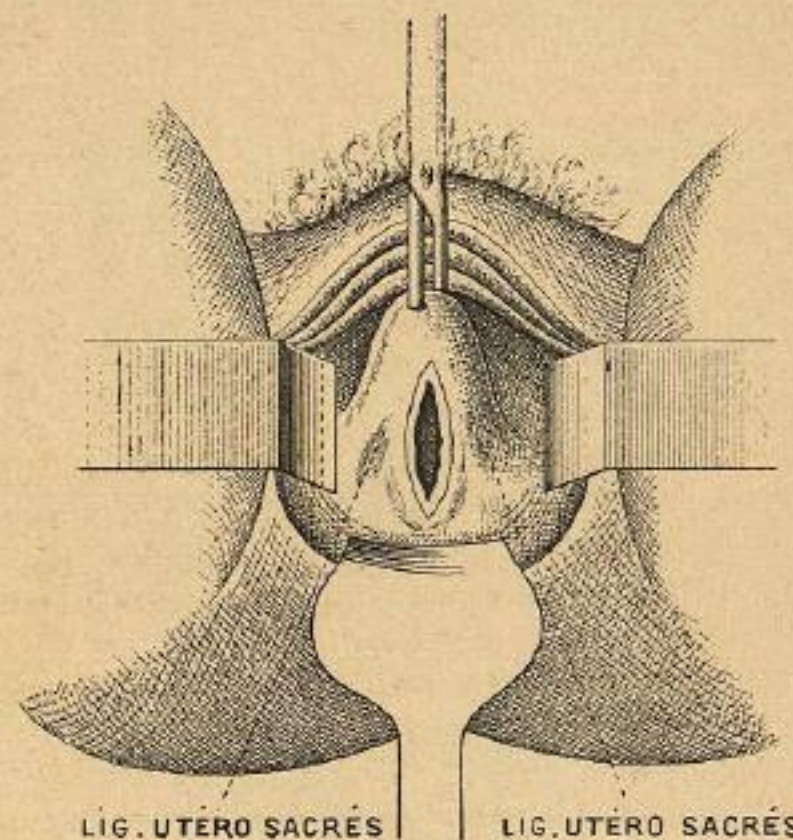


Fig. 403. — Incision médiane et longitudinale de 6 à 8 cent. respectant les ligaments utéro-sacrés.

de l'utérus qu'elle maintient et s'efforce d'attirer en avant pendant [que l'index gauche cherche à libérer tout ce qu'il rencontre sur la face postérieure de l'utérus. Il est des cas où les brides se rompent sans grand effort (quand l'inflammation qui les a déterminées est récente); mais quand ces adhérences sont anciennes, la force à déployer doit être considérable. Dans deux cas, je dus m'arrêter plusieurs fois pendant l'opération pour reprendre haleine, tant les adhérences étaient nombreuses et résistantes.

« Quand la face postérieure est libérée sur une assez grande étendue, l'opérateur introduit le médius dans la plaie pour pouvoir atteindre plus haut sur les parties latérales de l'utérus et va reconnaître l'état des annexes. Le plus souvent il les trouvera enclavées dans des masses d'adhérences, et il devra chercher à les libérer. Il commencera par le côté gauche et ayant terminé ce côté, il devra porter les doigts de la main droite (préalablement désinfectés), dans la plaie pendant que la main gauche ira déprimer l'abdomen. *La libération étant terminée, on s'assure une dernière fois que tout est rompu (ce que l'on reconnaît à la mobilité de l'utérus)*, et on place l'utérus en

avant. Il faut aussi s'assurer si l'ovaire et la trompe sont bien décortiqués.

« Les adhérences étant rompues, on procède à un lavage intrapéritonéal avec solution boricuée à 3 p. 100, puis on fait de chaque côté, sur les bords de la plaie, un avivement d'un centimètre environ intéressant seulement la muqueuse vaginale. On passe les fils (soie ou catgut), après avoir saisi la lèvre gauche de la plaie avec une pince pour plus de commodité, puis ensuite la lèvre droite. On passera deux, trois, quatre points de suture, selon la grandeur de l'incision.

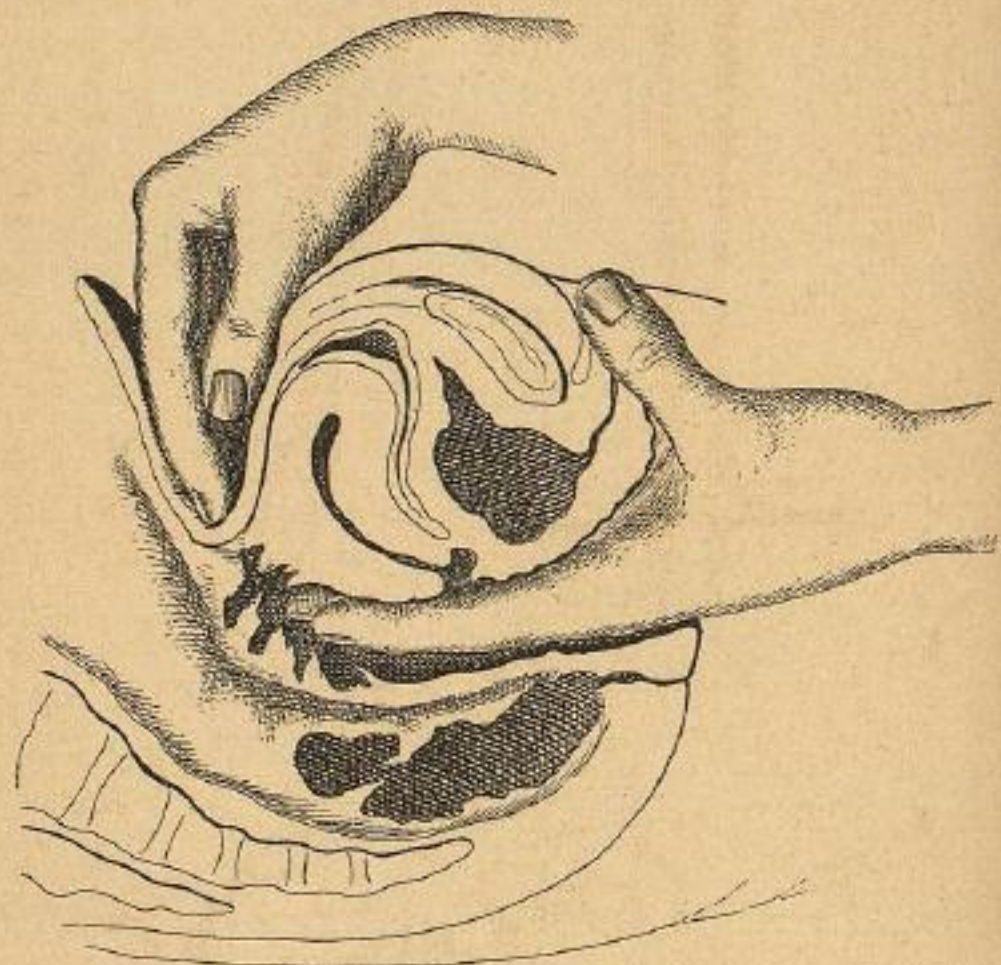


Fig. 404. — Rétroflexion réduite, adhérences rompues sous les doigts de l'opérateur.

« Les fils étant placés et assujettis à chaque bout par des pinces de Péan, on en attirera à soi la partie médiane à l'aide d'une pince de Péan, de manière à ce qu'ils ne soient pas entraînés par le drain, et on procédera à l'introduction de ce dernier.

« On saisit le drain entre les deux mors de la pince et on l'introduit (fig. 400 et 406) dans le cul-de-sac de Douglas en se guidant sur l'index gauche qui maintient les fils.

« Le drain étant placé (fig. 406), l'aide le saisit et le soulève de manière à ne pas gêner l'opérateur qui serrera les fils.

« On serre donc les fils, on les coupe à ras, on lave le vagin à la solution phéniquée et on le bourre de gaze iodoformée.

« Le drain laisse écouler pendant plusieurs jours un suintement séro-san-

guinolent. On le laisse en place, cinq jours en moyenne, ou plutôt, règle générale, tant qu'il s'écoule quelque chose.

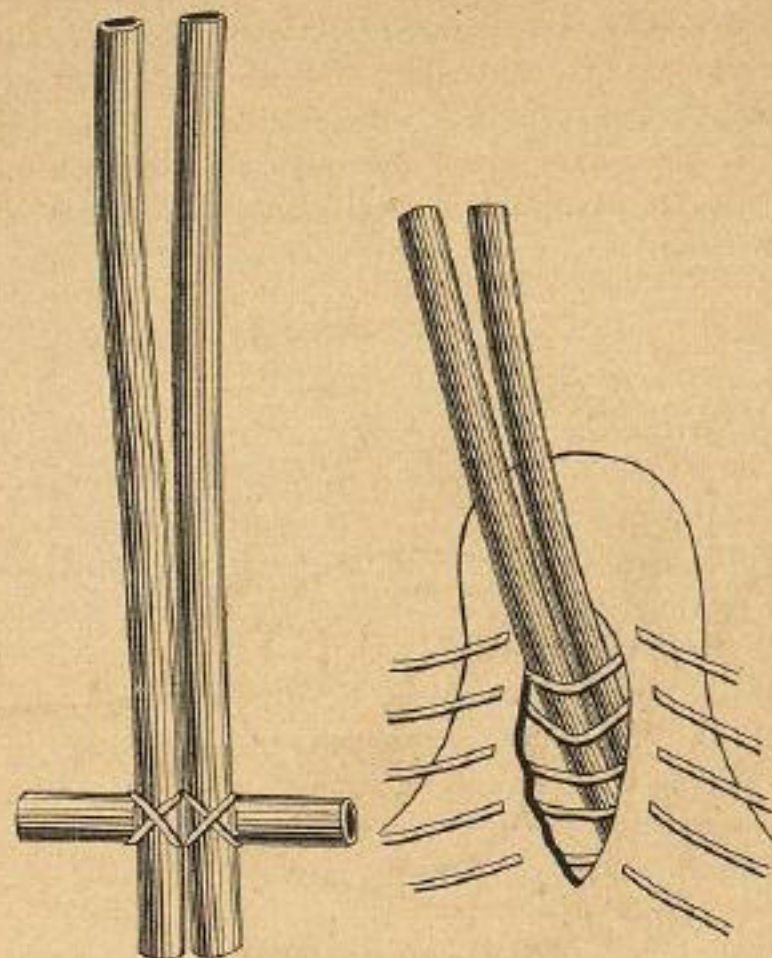


Fig. 405 et 406. — Introduction du drain.

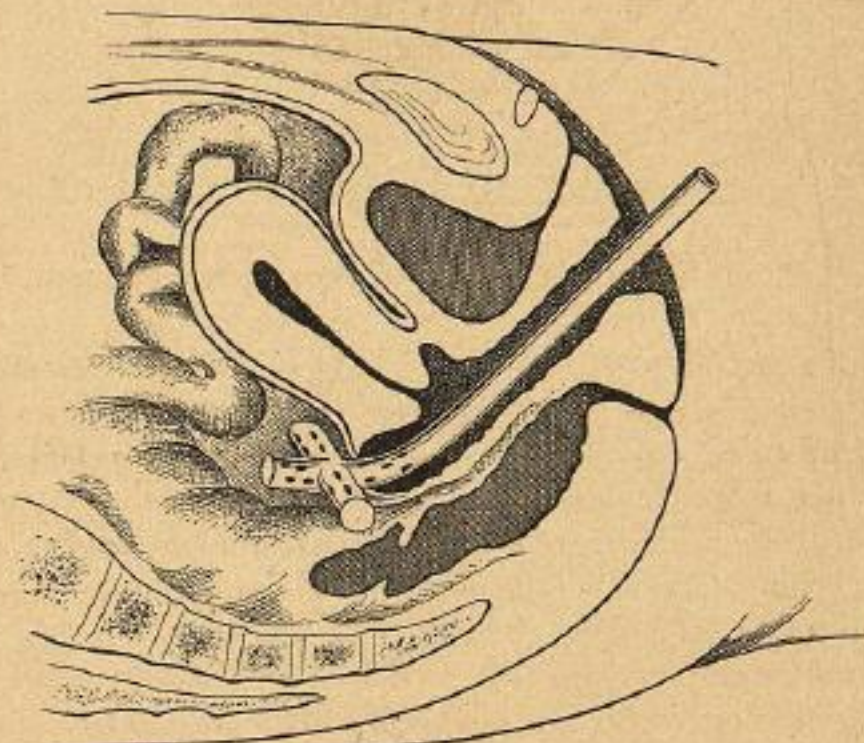


Fig. 407. — Drain en place.

« Dans un cas, le drain fut laissé dix-sept jours, parce qu'il s'écoulait un

liquide purulent; nous avons fait, par le drain, des lavages intrapéritonéaux avec la solution boriquée à 3 p. 100.

« L'élytrotomie interligamentaire peut être employée :

« 1° D'une façon générale pour rompre les adhérences de l'utérus avec les organes voisins;

« 2° Pour rompre les adhérences de l'utérus et des annexes entre eux;

« 3° Pour le traitement des rétrodéviations mobiles ou fixées (rétroversions et rétroflexions);

« 4° Pour le traitement des antéflexions pathologiques;

« 5° Pour toute collection sanguine ou purulente rétro-utérine.

« 6° Dans le cas d'exsudats, de pelvi-péritonite et de péritonite généralisée aiguë ou subaiguë, soit à la suite des couches, soit à la suite de la menstruation, soit à la suite d'une infection quelconque (gonorrhéale) ou d'une infection mixte, telle que l'appelle Bumm, ou d'une infection simple, telle que la tuberculose et autres;

« 7° Comme incision exploratrice pour confirmer un diagnostic.

« 8° Il est bien entendu que, si, chemin faisant, on trouvait les annexes malades, on les extirperait; mais, lorsque l'ovaire et la trompe présentent un volume normal, il n'y a aucune indication à les enlever, suivant en cela l'opinion formulée par M. Lucas-Championnière qui veut éviter aux malades toute mutilation inutile; bien souvent, comme dans un de mes cas, on sent une tumeur de la grosseur d'une mandarine, qui n'est autrement constituée que par la réunion de l'ovaire et de la trompe dans une masse d'exsudats: nous en avons eu là un exemple frappant. Cette tumeur s'est dissipée après la rupture des adhérences, et a disparu complètement. »

J'adopte volontiers la plupart des points de cette opération; je préfère toutefois l'incision transversale du cul-de-sac postérieur à l'incision longitudinale, car elle expose moins à la blessure du rectum, et pouvant être pratiquée plus étendue sans crainte de blesser l'intestin, elle donne un plus large accès dans la cavité de Douglas, où l'on peut de la sorte agir avec plus de facilité et de liberté.

2° Autopexies utérines.

En passant un fil par la cavité utérine qui, traversant la paroi antérieure, descend ensuite le long de sa face antérieure, on peut en serrant ce fil raccourcir cette paroi antérieure, fixer en quelque sorte la paroi corporéale à la paroi cervicale et de la sorte corriger la rétrodéviations.

Cette opération peut être désignée sous le nom d'*autopexie utérine*, la paroi utérine étant accolée à elle-même.

Pratiquée par Schücking, elle a depuis été modifiée par Zweifel, Torngren, Rabenau et Braithwaite.

PROCÉDÉ DE SCHÜCKING. — L'opération imaginée par Schücking (de Pyrmont) pour la cure des rétroflexions et des prolapsus de l'utérus, et qui fut pratiquée par lui pour la première fois en 1888, consiste à fixer, au moyen

d'un fil de soie, l'utérus à la cloison vésico-vaginale ou plus exactement de rapprocher en avant la paroi antérieure du corps de l'utérus de la paroi cervicale.

Elle offre sur l'hystéropexie abdominale l'avantage d'éviter l'ouverture de la cavité péritonéale et de fixer l'utérus à son niveau normal.

Par contre, son champ d'application dans les rétroflexions est plus restreint que celui de l'hystéropexie abdominale, puisque l'opération de Schücking ne convient qu'aux cas où l'utérus n'est pas immobilisé par des adhérences.

L'hystéropexie vaginale peut souvent être pratiquée sans l'aide du chloroforme, surtout dans les prolapsus.

Mais certains cas de rétroflexion, dans lesquels l'abaissement de l'utérus est douloureux par suite de l'existence d'adhérences (qui se laissent rompre ou distendre) exigent l'anesthésie chloroformique.

Voici en quoi consiste le *manuel opératoire* de l'hystéropexie vaginale :

La malade étant placée dans la position vulvaire, on vide la vessie, on pratique l'antisepsie vésicale: introduction de crayons d'iodoforme ou de salol ou bien lavage avec une solution faible de thymol, puis on procède à l'antisepsie vaginale et utérine.

On dilate si c'est nécessaire le col utérin, on abaisse l'utérus, s'il s'agit d'une rétroflexion, avec la pince de Museux et au moyen d'une sonde introduite dans sa cavité, on le place en antéflexion.

On fait pénétrer ensuite dans la cavité de l'utérus jusqu'au fond de l'organe, un instrument spécial¹ dans lequel est cachée une aiguille recourbée munie d'un fil de soie. On peut à volonté faire saillir cette aiguille et la faire rentrer dans son fourreau protecteur.

Avec la main droite qui tient à la fois la pince de Museux et le porte-aiguille, on attire l'utérus fortement en bas et on lui imprime aussi un mouvement de bascule de façon que son col soit dévié à gauche et que son fond se déplace à droite.

En même temps un aide refoule la vessie à gauche et en haut au moyen d'une sonde introduite dans la cavité de cet organe.

Après avoir déterminé avec l'index gauche, introduit dans le vagin, l'endroit où se trouve l'extrémité du porte-aiguille, l'opérateur fait saillir l'aiguille, transperce avec elle la paroi antérieure du corps de l'utérus et la cloison vaginale et la fait ressortir au-dessous de son index gauche.

Puis il saisit avec un petit crochet le fil que l'aiguille a amené au dehors, le tire un peu à lui et le coupe, fait rentrer l'aiguille dans son fourreau protecteur et retire le porte-aiguille de l'utérus; il lie ensuite fortement les



Fig. 408.
Aiguille de Schücking.

¹ Voir *Centralb. f. Gynäk.*, 1888, p. 562.

deux bouts du fil, dont l'un sort par l'orifice du col et l'autre par l'orifice de ponction de la cloison vésico-vaginale.

De cette façon, l'utérus en avant et en haut, s'il était prolabé, est fixé en antéflexion.

L'opération terminée, on recommande de faire à la malade, pendant vingt-quatre heures des applications de glace sur l'hypogastre, et de tenir les membres inférieurs légèrement fléchis, afin d'éviter ainsi un excès de tension de la ligature utérine.



Fig. 409. — Trajet du fil dans l'opération de Schücking.

Les soins consécutifs consistent en injections antiseptiques ou dans l'introduction de crayons iodoformés dans le vagin.

Si tout va bien, la malade peut commencer à se lever à partir du cinquième ou du sixième jour.

La ligature ne doit pas être enlevée avant six à dix semaines.

Telle est l'opération de *Schücking*.

Elle a toujours donné entre les mains de son auteur un résultat complet, c'est-à-dire la suppression définitive de la rétroflexion et du prolapsus de l'utérus à l'exception de quelques cas, parmi les premiers, que Schücking a opérés, dans lesquels la ligature utérine a été enlevée trop tôt.

Chez la grande majorité des opérées, il n'est pas survenu de complications, cependant on a observé parfois des troubles vésicaux (rétention ou incontinence d'urine, cystite et même hématurie), troubles dus, évidemment, à des perforations de la vessie avec l'aiguille; des hémorragies utérines et des symptômes de paramétrite. Mais tous ces symptômes ont eu un caractère bénin et n'ont jamais porté préjudice au résultat opératoire définitif.

Les gynécologistes allemands ont été au début très réservés à l'égard de l'hystéropexie vaginale; puis l'opération a trouvé parmi eux des partisans, tels que Zweifel, Rühle, Debrunner, Klotz, Baum.

D'après Schücking, le nombre de cas dans lequel lui et d'autres gynécologistes ont pratiqué l'hystéropexie vaginale était de 217 en mars 1891, et sur 88 cas qui ont pu être suivis pendant un temps assez long, la guérison définitive aurait été obtenue dans 84 cas.

PROCÉDÉ DE ZWEIFEL. — Dans ces derniers temps, quelques perfectionnements ont été apportés par Zweifel au procédé primitif de Schücking, tel qu'il a été décrit plus haut.

Les principaux sont les trois suivants :

1° On pratique, au moyen du thermo-cautère de Paquelin, une incision transversale sur la paroi antérieure du vagin, tout près du col de l'utérus. Cette incision sert à séparer la vessie et c'est aussi par elle qu'on fait ressortir l'aiguille armée du fil à ligature;

2° On se sert pour la ligature d'un fil de soie plus gros que ne peut l'admettre le porte-aiguille de Schücking. On procède à cet effet de la façon suivante : On introduit dans l'utérus le porte-aiguille muni d'un fil de soie fin, on fait ressortir l'aiguille par la cloison vésico-vaginale, puis, dans l'anse formée par le fil de l'aiguille on passe un gros fil de soie et on retire l'instrument, qui amène ainsi avec lui par l'orifice de l'utérus le bout utérin du gros fil destiné à être lié avec son bout vaginal.

3° Au lieu de lier simplement les deux bouts du fil intra-utérin, on les lie sur des perles de verre ou sur des plaquettes métalliques; de cette façon, les tissus ne sont pas coupés par la ligature.

PROCÉDÉ DE TORNGREN. — *Torngren*¹ a modifié le mode opératoire de la façon suivante :

Voici comment il décrit son procédé :

« La malade étant endormie, je vide la vessie, je désinfecte le vagin et la cavité utérine; s'il y a une endométrite comme dans tous mes cas, je pratique le curettage; je saisis ensuite le col, par une pince de Museux, et le tire fortement de haut en bas, puis j'introduis une aiguille à manche fixe (fig. 410), armée d'un fil de soie, tout près du col à travers le cul-de-sac

¹ *Archives de Tocologie*, 1891, p. 34.

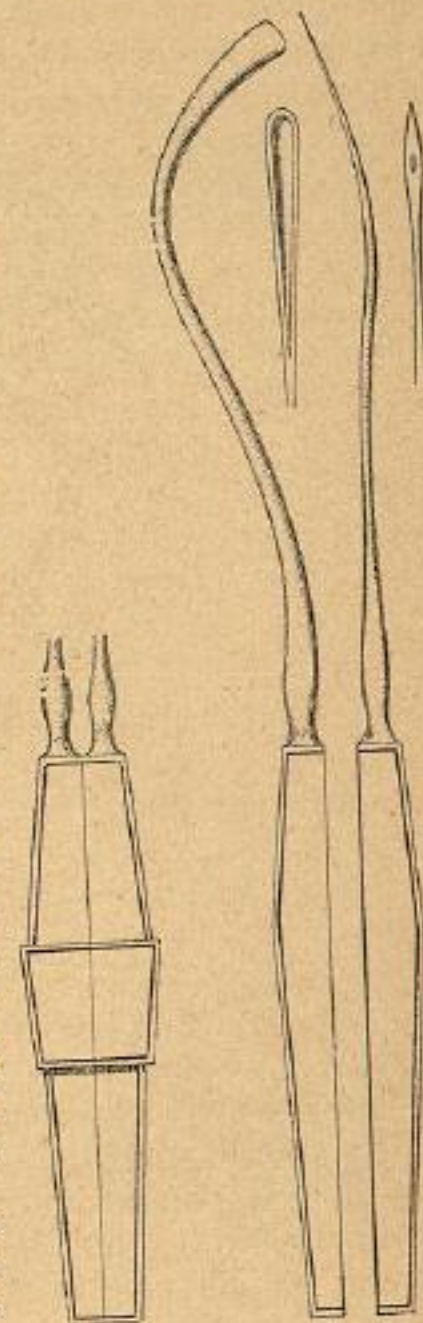


Fig. 410. — Aiguille de Torngren.

antérieur du vagin, entre la vessie et le col, dans le cul-de-sac péritonéal antérieur (vésico-utérin) jusqu'à la partie supérieure du corps, en tout 5 centimètres environ (fig. 411).



Fig. 411. — Introduction de l'aiguille. Début (Torngren).

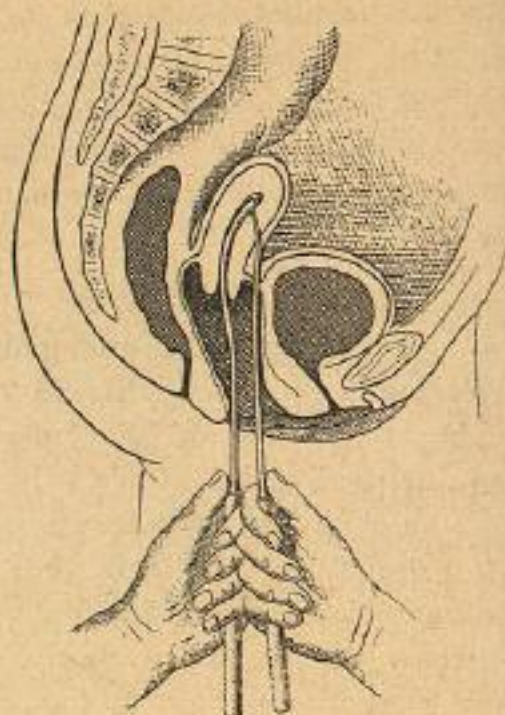


Fig. 412. — Introduction de l'aiguille. Fin (Torngren).

« Pour m'assurer que la vessie est intacte, je la vide encore une fois et j'examine les quelques gouttes qu'elle contient, pour me convaincre qu'elles ne sont pas mêlées de sang.

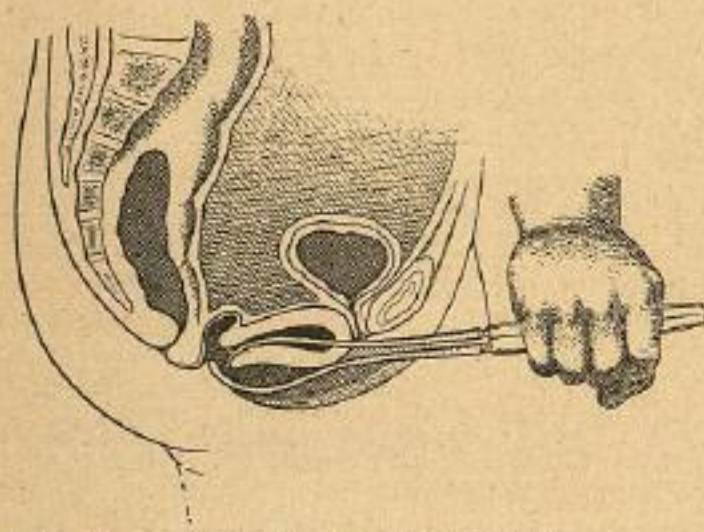


Fig. 413. — Manœuvre pour permettre le passage du fil (Torngren).

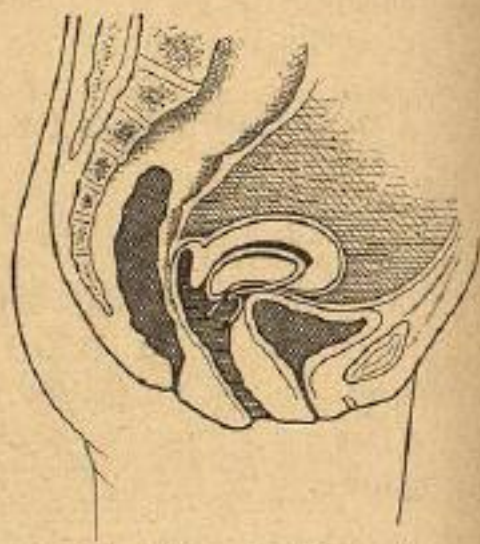


Fig. 414. — Le fil en place (Torngren).

« Cela fait, j'introduis dans la cavité utérine une sonde spéciale cannelée (fig. 412), forte et courbée, et je ramène l'utérus en antéflexion (fig. 413).

« Je tourne alors l'aiguille restant en place, de sorte que la pointe regarde en arrière vers l'utérus, et fixant cet organe à l'aide de la sonde introduite, je fais saillir l'aiguille à travers la paroi antérieure de l'utérus.

« Quand l'aiguille gratte la sonde, je suis sûr que l'aiguille a traversé la paroi

utérine et il est facile de la faire entrer par quelques mouvements dans le creux de la sonde.

« L'aiguille et la sonde étant d'égale longueur, on peut facilement estimer la distance qui sépare la pointe de l'aiguille de l'extrémité de la sonde, et si l'on rapproche avec précaution les manches l'un de l'autre, on peut sans difficulté amener la pointe de l'aiguille jusqu'au bout de la sonde cannelée, où elle reste cachée.

« Pour tenir la pointe bien cachée, je réunis les manches des instruments à l'aide d'une douille (fig. 410) qui, en glissant, les fixe complètement.

« Je lève ensuite les manches jusqu'à ce qu'ils touchent à la symphyse pubienne sur un des côtés de l'urètre, et en même temps je pousse avec le doigt l'utérus, le long de l'aiguille, jusqu'à ce que la pointe paraisse en dehors de l'orifice utérin.

« Alors je sors un des bouts du fil du trou de l'aiguille, je détache les instruments et retire l'aiguille; mon fil est ainsi placé exactement comme dans l'opération de Schücking (fig. 414).

« Pour empêcher la lèvre antérieure du col de se déchirer, j'ai dans la plupart de mes opérations fait passer le bout du fil de l'orifice utérin à travers la lèvre antérieure et lié les deux bouts du fil dans le cul-de-sac antérieur du vagin, comme l'indique Schücking dans un mémoire postérieur.

« Enfin, je mets un pessaire et un petit tampon iodoformé dans le vagin.

« J'ai enlevé le fil après des intervalles de temps variant de quinze jours à dix semaines. Mais le mieux, à mon avis est de ne l'enlever qu'au bout de six à huit semaines.

« Dans les cas que j'ai opérés, et qui sont au nombre de douze, je n'ai jamais lésé la vessie et les opérées n'ont pas eu non plus de cystites.

« Quant à la rétroflexion, elle a été bien corrigée dans onze cas, mais le douzième a échoué. Pourtant, il faut dire que je n'ai pas revu toutes mes opérées. Ma première opération ne remontant qu'à sept mois et demi, il reste encore à s'assurer si le redressement est bien définitif.

« La plupart des patientes sont quittes de leurs douleurs. — Une est devenue enceinte deux mois après l'opération, elle était mariée, mais elle n'avait pas eu d'enfant pendant les quatre dernières années. Les résultats sont donc assez favorables.

« Cependant on peut faire une objection importante, c'est que pendant le cours de l'opération on peut risquer de léser l'intestin. Pour éviter cet accident, j'ai toujours administré un purgatif la veille de l'opération et un peu de bismuth pour empêcher la distension de l'intestin. Puis, la malade est couchée le bassin élevé, et en tirant fortement l'utérus en bas, je suis convaincu qu'il n'y a aucun danger de léser l'intestin pendant l'opération. Pourtant à ce point de vue, le procédé de Zweifel donne plus de sécurité. Il pratique une incision dans la voûte antérieure du vagin il détache la vessie du col et l'écarte, puis il introduit le porte-aiguille de Schücking par la cavité utérine et fait passer le fil entre la vessie et le col.

« Si l'on veut maintenant faire un parallèle entre le procédé de Zweifel et celui dont je me suis servi, il faut avouer que celui de M. Zweifel offre

plus de sécurité pour ne pas blesser l'intestin; avec le mien on ne court pas plus de risques de léser la vessie qu'avec l'autre. Pour les pratiquer tous les deux, on a besoin d'un instrument spécial, mais je suis d'avis que l'opération est plus simple et plus facile en suivant mon procédé. Au point de vue de la correction de la rétroflexion, ils sont basés sur le même principe.»

PROCÉDÉ DE RABENAU¹. — Rabenau a proposé un procédé dans lequel on résèque une partie de la paroi antérieure de l'utérus.

La paroi vaginale étant détachée de la lèvre antérieure, on dénude la face antérieure de l'utérus avec un instrument mousse, dans l'étendue d'un bon travers de doigt, on résèque en allant jusqu'à la cavité utérine, un fragment losangique de cette paroi, et on suture la plaie par des sutures verticales.

L'opération a pour but de raccourcir notablement la paroi antérieure de l'utérus et de remédier par ce moyen à la rétrodéviations de l'organe.

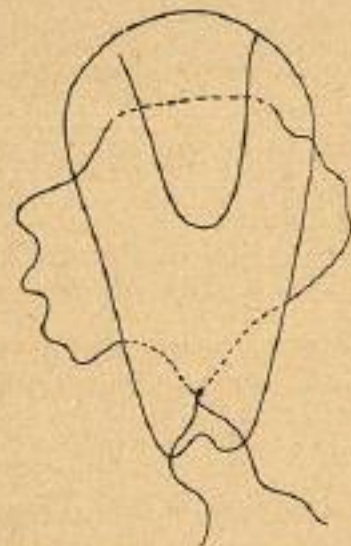


Fig. 415. — Passage du fil; utérus vu de face (Braithwaite).



Fig. 416. — Utérus de profil. — Trait représentant schématiquement le trajet du fil (Braithwaite).

PROCÉDÉ DE BRAITHWAITE². — Chez une multipare de trente-six ans, atteinte de rétroflexion rebelle au traitement par les pessaires, l'auteur a pratiqué avec succès une opération, qui consiste à suturer le corps de l'utérus à la portion sus-vaginale du col.

Voici quel a été le *procédé opératoire* :

Dilatation de l'utérus; introduction de l'index gauche de l'opérateur dans la cavité utérine; séparation de l'utérus d'avec la vessie (comme dans l'hystérectomie vaginale), séparation du péritoine d'avec la face extérieure de l'utérus aussi haut que possible en ayant bien soin de ne pas ouvrir la cavité péritonéale; abaissement de l'utérus pendant que la vessie est au contraire élevée en haut.

Braithwaite fit ensuite apparaître dans la plaie le fond ou plutôt la face

¹ Berlin. Klin. Woch., 9 mai 1886, p. 284.

² Am. j. of obstetrics, août 1892, p. 457.

antérieure de l'utérus, par un mouvement de bascule imprimé à l'organe avec le doigt introduit dans sa cavité.

On s'aperçut alors que le péritoine complètement séparé des parties latérales de l'utérus était resté attaché au centre de l'organe en formant une sorte de poche.

Braithwaite traversa transversalement la paroi antérieure du fond de l'utérus avec une aiguille recourbée, munie d'un gros fil de soie, de façon à contourner la poche péritonéale sur la face antérieure de l'utérus.

Les deux bouts de ce fil furent ensuite enfoncés profondément dans la portion sus-vaginale du col, puis amenés au dehors et liés ici solidement, après que le corps de l'utérus eut été bien antéfléchi, au moyen du doigt introduit dans sa cavité.

La plaie fut fermée au moyen d'une suture au catgut en surjet et l'utérus replacé dans sa position normale.

Enfin, on introduisit un pessaire de Hodge.

Comme le vagin était très relâché, on fut obligé de soutenir le pessaire au moyen d'un tampon vaginal.

Lorsque, au bout de trois jours, l'auteur enleva le tampon, il trouva l'utérus en bonne position.

Le vagin s'était contracté au point qu'il fallut introduire un pessaire de Hodge, de plus petit calibre.

Bientôt le pessaire devint complètement inutile. L'utérus était en antéflexion normale.

L'auteur espère que, dans ce cas, la ligature utérine tiendra, assez longtemps (de quatre à six mois) pour que l'utérus reste définitivement enantéflexion.

Il est encore impossible de se prononcer sur la valeur de l'autopexie utérine, ni sur le procédé qui mérite la préférence pour son exécution.

D'une façon générale, l'opération est assez compliquée, elle expose à la blessure de la vessie et du péritoine; aussi, jusqu'à présent ces diverses opérations doivent être plutôt considérées comme d'ingénieuses tentatives que comme des conquêtes sérieuses et définitives de la gynécologie opératoire.

Hystéropexie vaginale.

L'hystéropexie vaginale ou fixation d'une portion de l'utérus à une portion du vagin, a été pratiquée de diverses façons.

Il en existe trois procédés principaux: de Sängner, de Richelot-Byford de Nicoletis.

PROCÉDÉ DE SÄNGNER¹. — Le procédé de Sängner consiste à détacher le vagin au niveau de son insertion sur la lèvre antérieure du col, et à ouvrir par décollement progressif le cul-de-sac antérieur du péritoine, ou au moins à arriver jusque dans son voisinage au niveau de la paroi, inférieure du corps de l'utérus.

¹ Cent. f. gyn., 1888, p. 17.

Après quoi on fixe la paroi vaginale par des sutures au fil d'argent un peu au-dessus de l'isthme à la partie inférieure du corps utérin.

Par ce procédé, on déplace l'insertion antérieure du vagin en la remontant sur la paroi utérine.

L'insertion des parois vaginales antérieure et postérieure, modifiée ainsi que l'indique la figure 417 exerçant une traction dans le sens des flèches tracées sur la figure, favorise le basculement de l'utérus en avant et, par

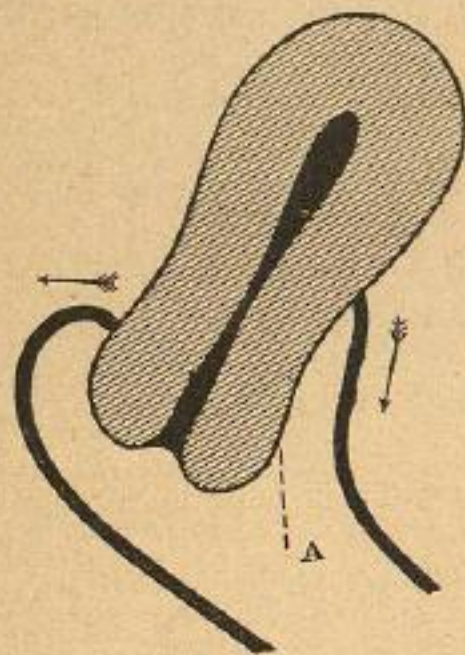


Fig. 417. — Déplacement de l'insertion vaginale antérieure dans le procédé de Säger. A, siège de l'insertion de la paroi antérieure du vagin avant l'opération.

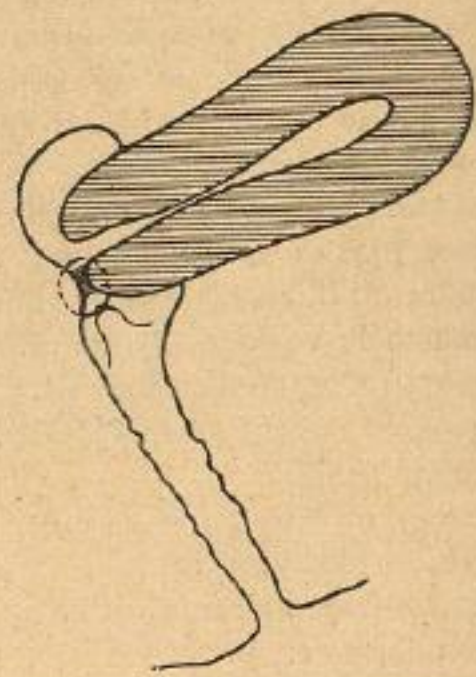


Fig. 418. — Hystéropexie vaginale. Procédé Richelot-Byford.

là même, la production de l'antédeviation, d'où correction de la rétrodeviation.

PROCÉDÉ DE RICHELOT-BYFORD¹. — *Richelot* père, puis *Byford* ont conseillé d'aviver la lèvre antérieure du col utérin, et de l'accoler par des sutures appropriées au point correspondant de la paroi postérieure du vagin, alors que l'utérus est replacé en situation normale.

Les sutures sont laissées en place pendant une dizaine de jours.

Cet accolement cervico-vaginal doit empêcher le basculement de l'utérus en arrière.

Ce procédé a l'inconvénient de gêner la fécondation, ou si elle a lieu d'apporter une certaine entrave à l'accouchement.

PROCÉDÉ DE NICOLETIS². — Amputation sus-vaginale du col (fig. 419), fixation des deux parois vaginales à la partie antérieure, de la lèvre antérieure (fig. 420-421), sauf au niveau de l'orifice utérin qu'il faut laisser perméable

¹ *Union médicale*, 1868, n° 58.

² *Debayle*, Thèse de Paris, 1890.

et qu'on suture avec la paroi vaginale postérieure, tel est le principe de cette opération dont les détails seront compris par l'inspection des figures ci-jointes (fig. 419 à 423) :

Cette opération compliquée, qui supprime une notable portion de l'utérus, ne semble appelée qu'à un faible avenir.



Fig. 419. — Tracé de l'amputation sus-vaginale.

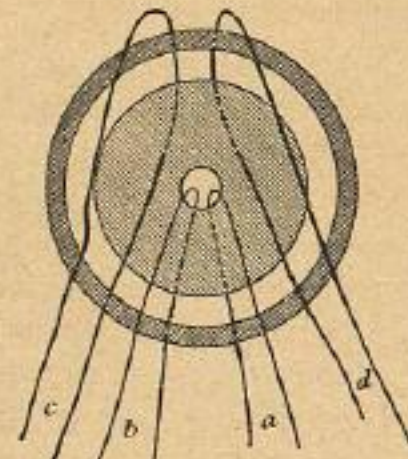


Fig. 420. — Passage de fils réunissant le vagin au col amputé.

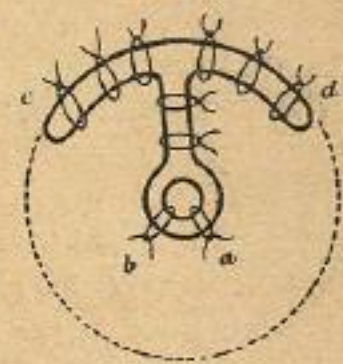


Fig. 421. — Aspect du vagin et du col, alors que les sutures sont appliquées et serrées.



Fig. 422. — Fixation des parois vaginales au niveau d'une coupe médiane de l'utérus.

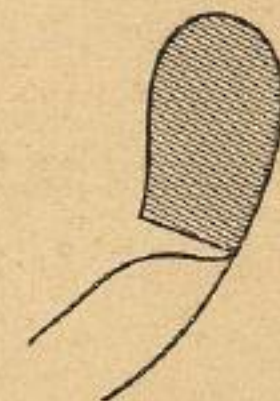


Fig. 423. — Fixation des parois vaginales au niveau d'une coupe latérale de l'utérus.

PROCÉDÉ DE DUHRSSSEN. — *Mackenrodt*¹, *Winter*² et enfin *Dührssen*³ ont publié trois procédés de *vagino-fixation utérine*, qui présentent entre eux de grandes analogies.

Je me contenterai de parler du procédé de *Dührssen* qui, contemporain de celui de *Mackenrodt*, semble lui être supérieur.

Voici d'ailleurs le *procédé de Dührssen*.

La femme étant en position vulvaire et tous les préparatifs faits comme pour les opérations analogues, le col est amené à la vulve et fortement

¹ *Deutsch. med. Wochenschrift.*, 1892, n° 22.

² *Cent. f. gynäk.*, 1893, n° 27, p. 625.

³ *Cent. f. gynäk.*, 1892, n° 47, p. 923, et 1893, n° 30, p. 681.

abaissé à l'aide d'une pince de Museux. — Incision transversale d'un centimètre sur la partie antérieure du col à l'union du vagin et du tissu utérin, agrandissement de cette ouverture avec des ciseaux, et décollement de la vessie avec l'index de manière à arriver, sans ouvrir le péritoine, sur la face antérieure du corps de l'utérus. — Introduction dans la cavité utérine d'un hystéromètre pour redresser l'organe rétrodévié et le porter en antéversion. — L'utérus étant maintenu dans cette situation par un aide, l'opérateur passe transversalement une suture avec du crin de Florence aussi haut que possible sur la face antérieure de l'utérus, de manière à saisir cette paroi amenée par l'hystéromètre. — Après cette première suture on en place 2, 3 ou 4 autres transversalement et parallèlement à la première à quelques millimètres de distance les unes des autres, toujours au crin de Florence. — Ces sutures sont alors passées chacune séparément et en commençant par la supérieure dans la partie libre de la paroi vaginale, en comprenant toute cette paroi mais sans intéresser la muqueuse, puis on les serre et on les noue. — Elles réunissent donc la partie antérieure de l'utérus et la partie supérieure de la paroi vaginale, en constituant des sutures perdues. — Ceci fait, on réunit par une suture continue au catgut le bord libre du vagin et le col utérin, au niveau où la première incision a été primitivement faite. — Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. La femme doit, à la suite de l'opération, rester huit jours au lit.

Ainsi qu'on le voit dans ce procédé, à moins d'accident, on n'ouvre pas le péritoine, et on fixe par des sutures perdues la paroi antérieure de l'utérus à la paroi supérieure du vagin qui se trouve, par le fait même de l'opération, séparée de la vessie dans une étendue suffisante pour permettre cet accollement.

Dans certains cas l'auteur complète l'opération par une colporaphie antérieure et une colpopérinéoraphie.

Dührssen se déclare très satisfait des résultats, car, sur 114 opérées, il a eu 102 guérisons bien que dans les deux tiers de ces faits il s'agisse de rétroflexions fixes. Dans aucun de ces cas il n'y a eu mort, dans un seul périmétrite qui guérit et qui fut causée par le manque de précautions antiseptiques de la part d'un des assistants.

4° Hystéropexies inguinales.

L'hystéropexie inguinale consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds au niveau de leur sortie du canal inguinal.

Cette opération est désignée sous le nom d'Alquié-Alexander-Adams.

OPÉRATION D'ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS. — Le ligament rond (fig. 424), s'engage dans le canal inguinal et se termine par trois ordres de fibres, les unes s'insérant à la partie inférieure du canal inguinal, les autres à l'épine pubienne, les dernières enfin constituant le faisceau principal et venant s'épanouir dans la partie supérieure de la grande lèvre.

L'opération se fait en quatre temps :

1° *Incision des tissus superficiels.* — La région pubienne étant rasée, on détermine la situation de l'épine du pubis, puis on fait une incision de 6 centimètres partant un peu en dedans de cette épine, et remontant parallèlement au ligament de Poupart. — Section de tous les tissus jusqu'à l'aponévrose du grand oblique.

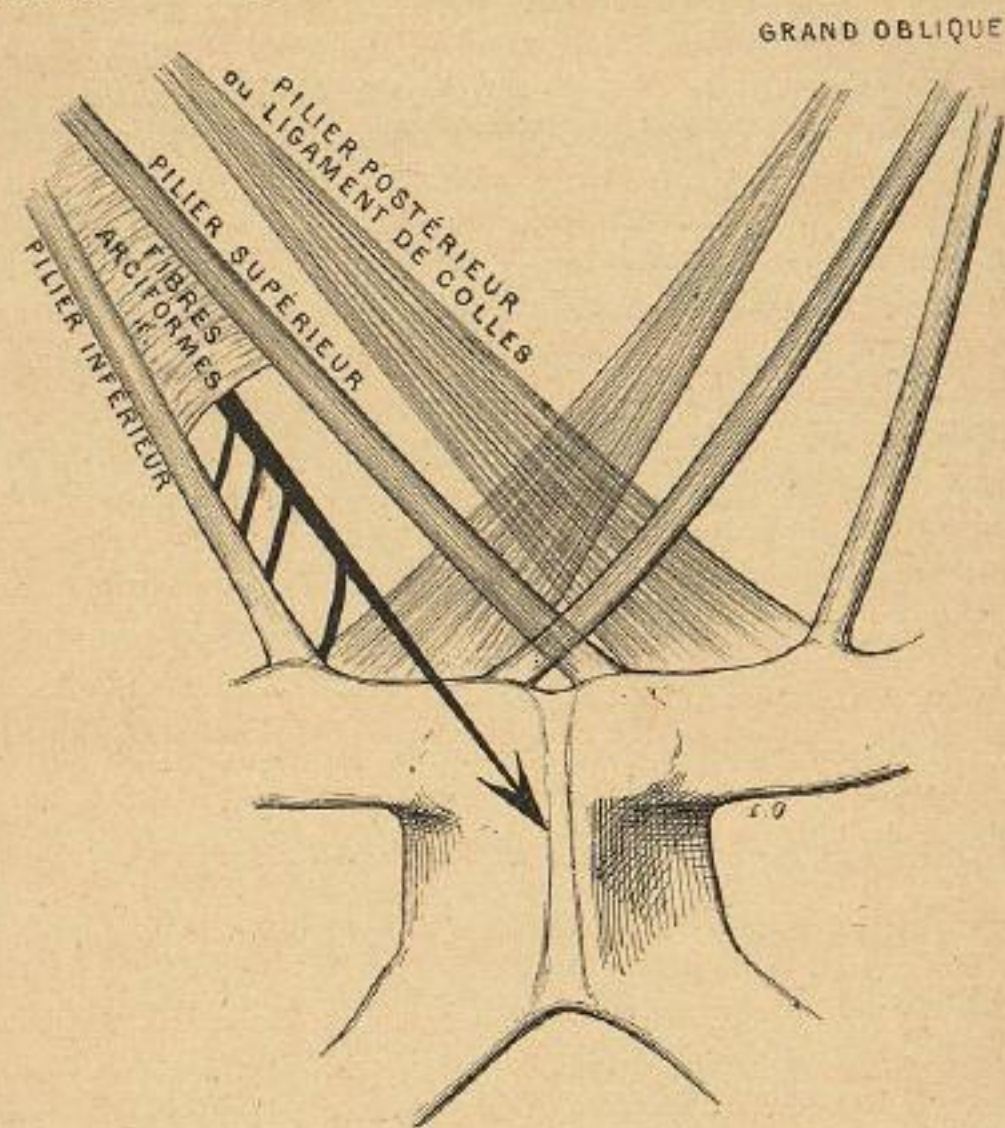


Fig. 424. — Région inguinale superficielle. Terminaison du ligament rond.

2° *Recherche du ligament rond.* — Chercher la *boule graisseuse* placée en avant de lui et qui en est en quelque sorte le satellite.

La boule graisseuse écartée, on tombe sur le ligament cheminant entre les deux piliers, qui bordent l'orifice externe du canal inguinal.

Dénuder avec une sonde cannelée, la partie inférieure du ligament rond, détacher les adhérences fibreuses qui la maintiennent à la partie inférieure du canal inguinal soit avec la sonde cannelée, soit avec le bistouri.

Fixer le ligament avec une pince à forci-pression, et faire la même opération du côté opposé.

Les deux ligaments ronds sont dénudés et saisis, procédons au troisième temps.

3° *Raccourcissement et fixation des ligaments ronds.* — En attirant les