

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.

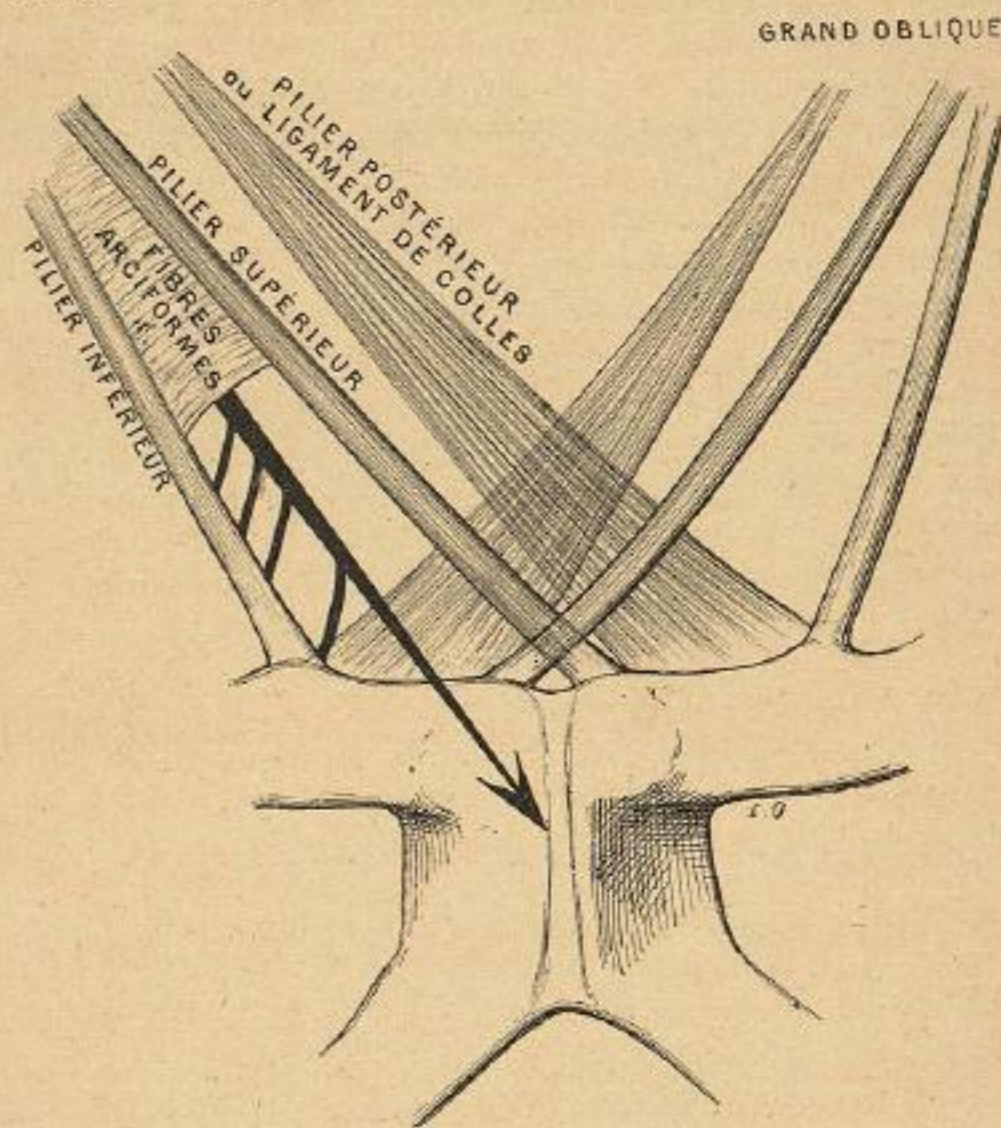


Fig. 424. — Région inguinale superficielle. Terminaison du ligament rond.

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

ligaments ronds, on va amener le fond de l'utérus vers le pubis; pour faciliter la manœuvre et éviter la déchirure des fibres ligamenteuses, il faut avoir préalablement réduit l'utérus en antéversion et l'avoir maintenu à l'aide d'un pessaire (anneau élastique).

Cette réduction préalable et bien complète est indispensable; si elle ne peut avoir lieu, l'opération d'Alexander est d'ailleurs contre-indiquée, car il existe vraisemblablement des brides péritonéales qui maintiennent la déviation postérieure et rendraient inutile le raccourcissement des ligaments ronds.

On attire alors les deux ligaments ronds dans l'étendue de 4 à 10 centimètres suivant les cas, jusqu'à ce qu'on sente une résistance sérieuse qui indique leur tension suffisante.

Les ligaments, étant maintenus par un aide, avec une aiguille chargée de soie, on traverse le pilier externe, le ligament puis le pilier interne; le tout est lié ensemble; on pratique ainsi trois sutures à un petit centimètre de distance.

4° *Fermeture de la plaie.* — Sutures à la soie ou au erin de Florence.

Pansement à la gaze iodoformée légèrement compressif.

Laisser pendant cinq jours un tampon iodoformé dans le vagin.

Quelques opérateurs ont conseillé de placer dans le même but un pessaire de Hodge pour empêcher le tiraillement des ligaments ronds, mais le tampon suffit.

Le point délicat de l'opération d'Alexander est la découverte du ligament, c'est cette difficulté qui a été cause de son abandon par un assez grand nombre de gynécologues, lui faisant préférer des opérations plus simples et dont le succès opératoire fût plus assuré.

Alors qu'on éprouve ces difficultés on fera bien de se conformer au manuel opératoire conseillé par Duplay et Cittadini¹:

« Nous incisons la paroi antérieure du canal inguinal sur une longueur de 3 à 4 centimètres, en introduisant par l'orifice cutané une sonde cannelée qui dirige notre bistouri. — On doit avoir bien soin de pratiquer cette incision dans l'anneau du canal inguinal et de l'orienter à cet effet dans la direction de l'épine iliaque antéro-supérieure. — Si cette précaution est bien prise, on voit faire hernie entre les lèvres de l'incision un faisceau de coloration rosée, de calibre variant de 4 à 7 millimètres de diamètre, ayant l'aspect macroscopique du tissu musculaire lisse. — Parfois l'incision du canal ne la fait pas apparaître d'emblée; on recherche alors sous la lèvre supérieure les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse, de couleur rouge vif; on les soulève ou les écarte vers le haut et le ligament apparaît couché au-dessous d'eux, contrastant avec eux par sa texture et sa coloration. — La pâleur du ligament s'accroît encore quand, en l'étirant on vide les veines qui entrent dans sa texture; il prend alors une teinte blanchâtre tout à fait caractéristique. — Si pourtant la recherche ainsi pratiquée

¹ Du traitement des déplacements de l'utérus. Bruxelles, 1892, p. 36.

n'aboutissait pas, un dernier moyen serait de prolonger l'incision de la paroi antérieure du canal inguinal jusqu'à son orifice péritonéal, de le délimiter à l'aide du doigt et de charger sur l'index le ligament qui en émerge. »

L'opération d'Alexander donne habituellement de bons résultats, alors qu'elle est faite avec un utérus bien complètement réductible (l'irréductibilité même partielle est une contre-indication) et quand les ligaments sont raccourcis d'une longueur suffisante (6 centimètres au minimum).

Les échecs éprouvés par certains chirurgiens sont dus à ce que l'opération n'a pas été faite dans des cas appropriés, et à ce que le raccourcissement a été insuffisant, parfois illusoire. — Toutefois, même avec une opération bien exécutée, on voit parfois au bout de quelques semaines ou de quelques mois, la rétro-déviations se reproduire, ce qui est dû probablement à l'affaiblissement et à l'allongement du ligament raccourci.

La gravité de l'opération est à peu près nulle; on l'exécute le plus souvent sans ouverture du péritoine, mais alors même que cette séreuse est ouverte, les conséquences n'ont rien de dangereux, pourvu que les règles de l'antisepsie aient été rigoureusement observées.

Au point de vue de la grossesse, le raccourcissement des ligaments ronds ne présente aucune suite fâcheuse; sur treize cas cités par Cittadini l'évolution fut absolument normale.

B. — OPÉRATIONS ABDOMINALES

1° Libération utérine.

La libération de l'utérus qu'on exécute par la voie vaginale à travers le cul-de-sac de Douglas, ainsi que nous l'avons vu précédemment, peut également et avec plus de facilité se faire après laparotomie par la voie abdominale.

La laparotomie étant pratiquée avec les précautions habituelles, et l'incision de la paroi abdominale étant assez étendue pour laisser passer la main, on plonge la main droite (fig. 425) dans le petit bassin à la recherche de l'utérus, dont on parcourt successivement les faces antérieure puis postérieure.

On détache avec les doigts les adhérences qui maintiennent l'utérus dévié. Si on rencontre une adhérence trop solide pour la détacher digitalement, on la sectionnerait entre deux ligatures.

L'utérus libéré sera replacé à l'aide de la main dans sa situation normale, et l'opération sera terminée soit en refermant la plaie abdominale par de simples sutures comme après toute laparotomie, soit, ce qui est plus sûr, en fixant le fond de l'utérus dans la plaie abdominale au moyen de sutures appropriées, c'est-à-dire en pratiquant l'opération connue sous le nom de *laparo-hystéropexie* ou d'*hystéropexie pariéto-abdominale*, telle que nous allons la décrire.

2° Hystéropexie pariéto-abdominale.

Cette opération encore désignée sous le nom de *ventro-fixation* de l'utérus a été d'abord pratiquée par Kœberlé et Sims, puis systématisée par Olshausen.

Elle s'exécute en quatre temps :

Premier temps. — Incision de la paroi abdominale comme pour une laparotomie ordinaire ; l'incision doit être juste suffisante pour permettre l'introduction de la main, il est inutile de la faire plus étendue. Dans le cas où l'utérus est facilement réductible à l'aide de l'hystéromètre, il suffit d'une incision de deux à trois travers de doigts, car, en pareil cas, on peut avec l'hystéromètre porter le fond de l'utérus jusqu'à la plaie abdominale, et l'introduction de la main n'est pas nécessaire.

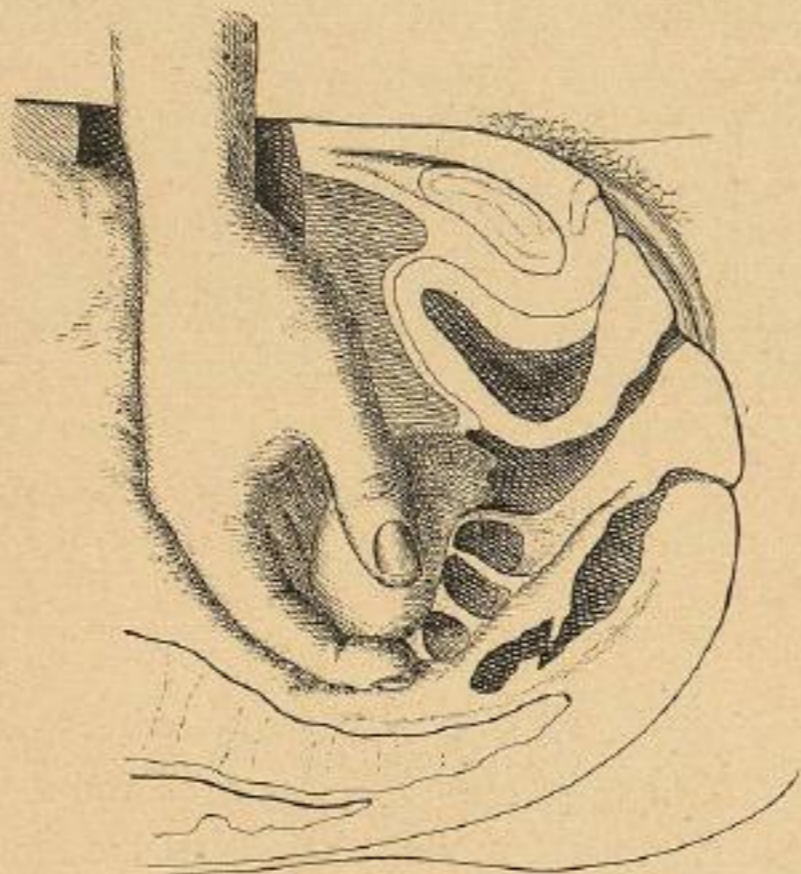


Fig. 425. — Libération de l'utérus adhérent à l'aide de la main introduite dans l'abdomen après laparotomie.

Deuxième temps. — Introduction de la main dans l'abdomen à la recherche du corps utérin, comme il a été précédemment dit pour la libération de l'organe. L'utérus libéré est saisi à l'aide d'une pince de Museux au niveau de son fond et amené au contact de la plaie abdominale.

Troisième temps. — Ce troisième temps consiste dans la fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Plusieurs procédés ont été préconisés, je ne m'arrêterai qu'aux trois principaux de Léopold, de Czerny et de Pozzi.

PROCÉDÉ DE LÉOPOLD. — Les sutures se font à la soie. Trois sutures comprennent de chaque côté la paroi abdominale et pénètrent dans le tissu utérin. Les sutures serrées fixent le fond de l'utérus à la paroi abdominale. Sutures au-dessus et au-dessous des précédentes pour compléter l'occlusion de la plaie abdominale. La figure 426 montre schématiquement le profil de ces diverses sutures.

PROCÉDÉ DE CZERNY. — Czerny suture l'utérus au catgut et au lieu de comprendre toute la paroi abdominale, ainsi que le fait Léopold, il n'en saisit que la partie profonde (fig. 427). Sutures de la plaie abdominale comme après

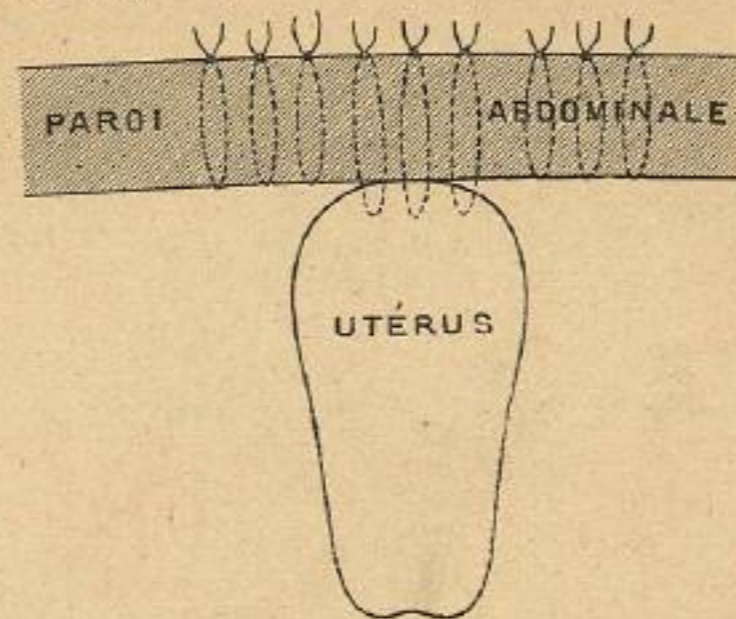


Fig. 426. — Hystéropexie. Procédé de Léopold.

toute laparotomie ; au niveau des sutures utérines, les sutures de la paroi ne comprennent que la partie superficielle de cette paroi ainsi que l'indique la figure 427.

Le procédé de Czerny ne diffère donc de celui de Léopold qu'en ce que les

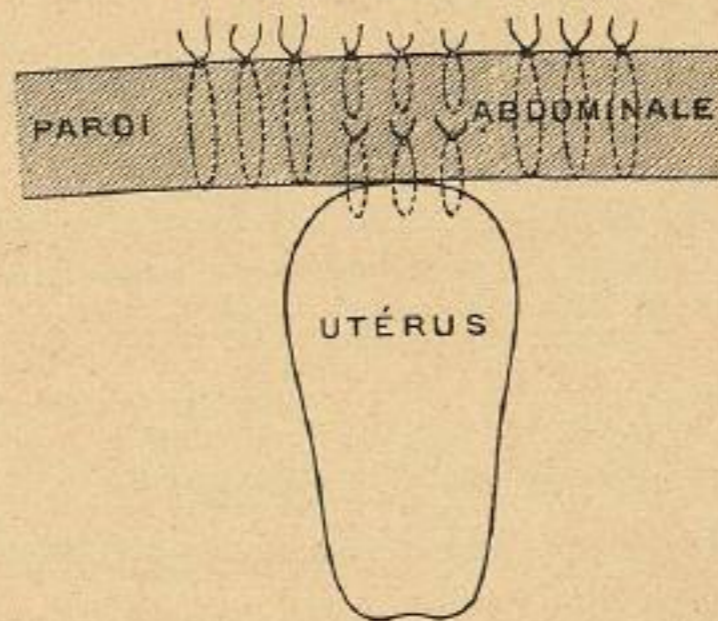


Fig. 427. — Hystéropexie. Procédé de Czerny.

sutures utérines sont perdues. Avec Léopold elles arrivent au contraire à la surface de l'abdomen, et sont enlevées au bout de quelques jours.

PROCÉDÉ DE POZZI. — Pozzi applique à l'hystéropexie la suture de la paroi abdominale à trois étages, à laquelle il a l'habitude de recourir. Le

premier étage c'est-à-dire le plus profond comprend, ainsi que l'indique la figure 428, non seulement le péritoine mais aussi le fond de l'utérus.

De ces trois procédés de suture c'est celui de *Leopold* que je préfère.

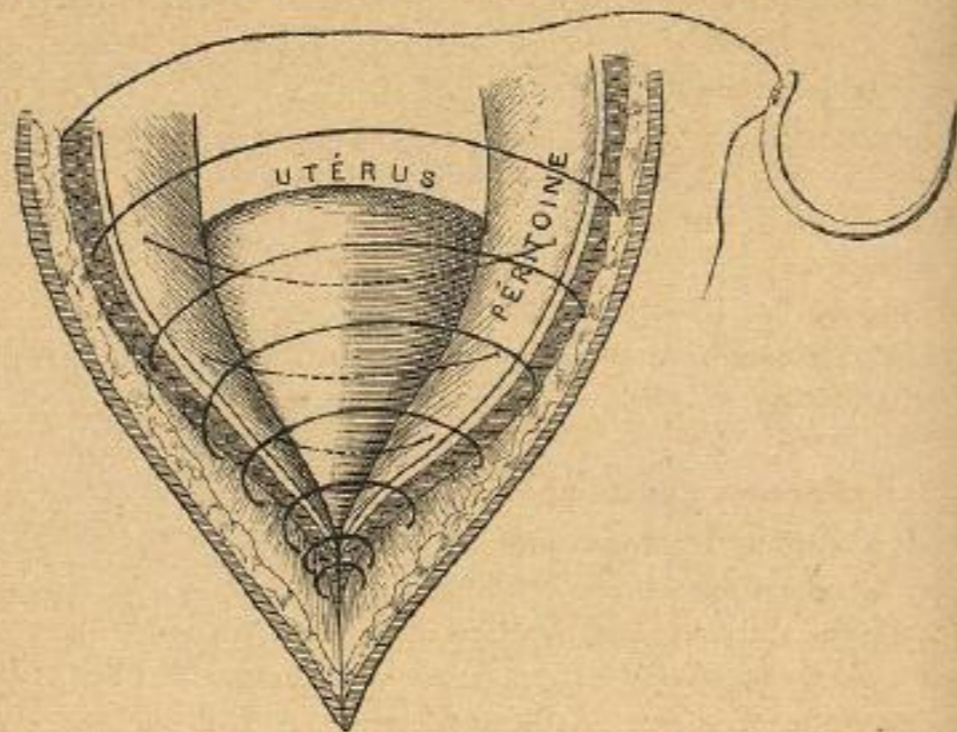


Fig. 428. — Fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Suture en surjet (Pozzi).

Quatrième temps. — Fermeture de la plaie abdominale à la soie, au catgut ou au crin de Florence. Pansement.

Dans le cas de sutures perdues (Czerny, Pozzi), on n'a plus à s'en occuper; quand il y a suture arrivant jusqu'au revêtement cutané (Léopold), on les enlève de douze à quinze jours.

Il est bon au moment de l'opération d'appliquer dans le vagin un pessaire en anneau ou de Hodge qu'on laissera en place un mois environ, et qui aidera l'action des sutures utérines afin d'éviter les tiraillements qui pourraient se faire à son niveau.

Parmi les autres procédés d'hystéropexie qui ont été conseillés, je mentionnerai pour le rejeter celui qui consiste à fixer le fond de l'utérus à la paroi abdominale sans pratiquer la laparotomie, en portant simplement à l'aide de l'hystéromètre le fond de l'utérus au contact de la paroi abdominale.

On suture ainsi l'utérus à la paroi abdominale intacte.

Dans un cas où le fond de l'utérus se sentait très nettement à travers la paroi abdominale. *M. Roux*¹ appliqua de la sorte deux sutures, sans laparotomie préalable, puis, après coup, craignant d'avoir lésé l'intestin il pratiqua la laparotomie et trouva englobé dans sa suture une anse intestinale aplatie entre l'utérus et la paroi abdominale.

La possibilité de cet accident doit faire rejeter complètement ce procédé.

¹ *Soc. de Chirurgie*, 4 déc. 1889.

L'hystéropexie est une opération peu grave, quand elle est pratiquée avec toute l'antisepsie voulue. Cependant elle expose aux dangers de toute laparotomie, une imprudence dans l'antisepsie peut causer la mort de la femme, c'est donc une intervention plus grave que les opérations vagino-cervicales dont la bénignité est absolue, et qui demande par conséquent à n'être faite qu'avec des indications bien précises.

Les résultats sont diversement appréciés par les auteurs, les uns y ayant renoncé vu la fréquence des rechutes, les autres lui restant fidèles à cause de la rareté des succès.

Elle n'empêche pas le développement normal de la grossesse, quoique prédisposant à l'avortement.

L'hystéropexie est en somme une opération encore à l'étude sur laquelle il est impossible de porter un jugement définitif.

3° Hystéropexie intra-abdominale.

On a tenté après laparotomie :

- 1° Le raccourcissement des ligaments larges ;
- 2° Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés ;
- 3° Le raccourcissement des ligaments ronds.

Examinons avec les détails nécessaires ces trois variétés d'opérations.

1° *Raccourcissement des ligaments larges.* — *Tait* a conseillé le raccourcissement de la partie interne des ligaments larges, et *Imlach* celui de la portion externe au voisinage du squelette pelvien.

Jusqu'à présent ni l'un ni l'autre procédé n'a permis d'arriver à des résultats pratiques sérieux, aussi le raccourcissement des ligaments larges n'est-il pas encore admis dans la gynécologie courante.

2° *Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés.* — *Freund* et *Sanger* ont tenté ce raccourcissement par la voie vaginale (voir pages 412 et 413), il s'agit ici d'une opération analogue par la voie abdominale.

Kelly avait proposé cette opération qui a été réalisée pour la première fois par *Frommel*¹.

La femme étant placée dans la position de Trendelenbourg, le ligament utéro-sacré est saisi vers sa partie moyenne à l'aide d'une pince, et coudé sur lui-même en l'attirant au dehors. Des ligatures réunissent les deux branches de la coudure et le sommet du ligament replié sur lui-même est fixé aux parties latérales du bassin.

Ce raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, qui théoriquement peut paraître bon, n'a pas encore fait ses preuves; c'est encore une opération à l'étude.

3° *Raccourcissement des ligaments ronds.* — Avec *Baudoin* on peut ranger en trois catégories les divers procédés qui ont été conseillés pour le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds :

¹ *Cent. f. gynak.*, 1890, n° 6, p. 941.

1^o Méthode de Wylie-Ruggi (procédé de raccourcissement par repliement de chacun des ligaments);

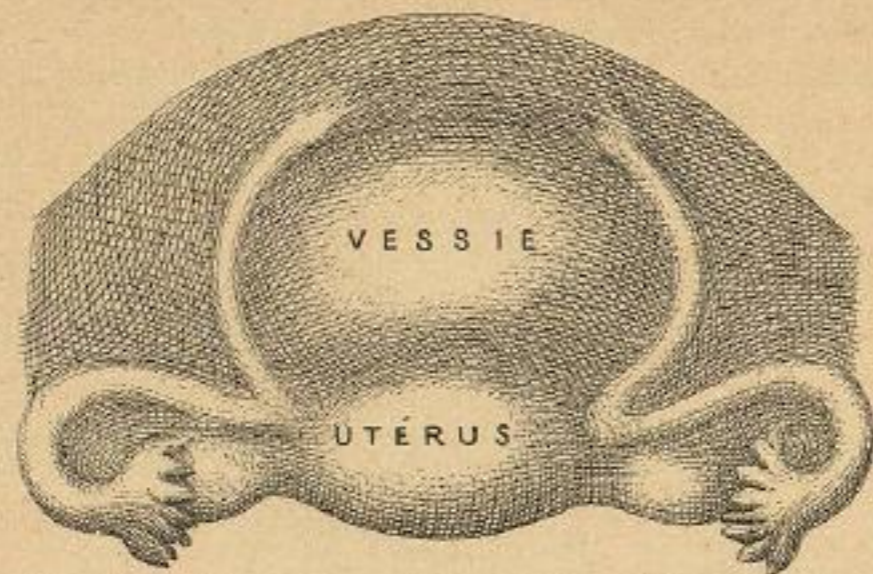


Fig. 429. — Ligaments ronds vus par la cavité abdominale.

2^o Méthode de Polke (procédé de raccourcissement par *coudure* et *soudure* des ligaments ronds en avant de l'utérus);

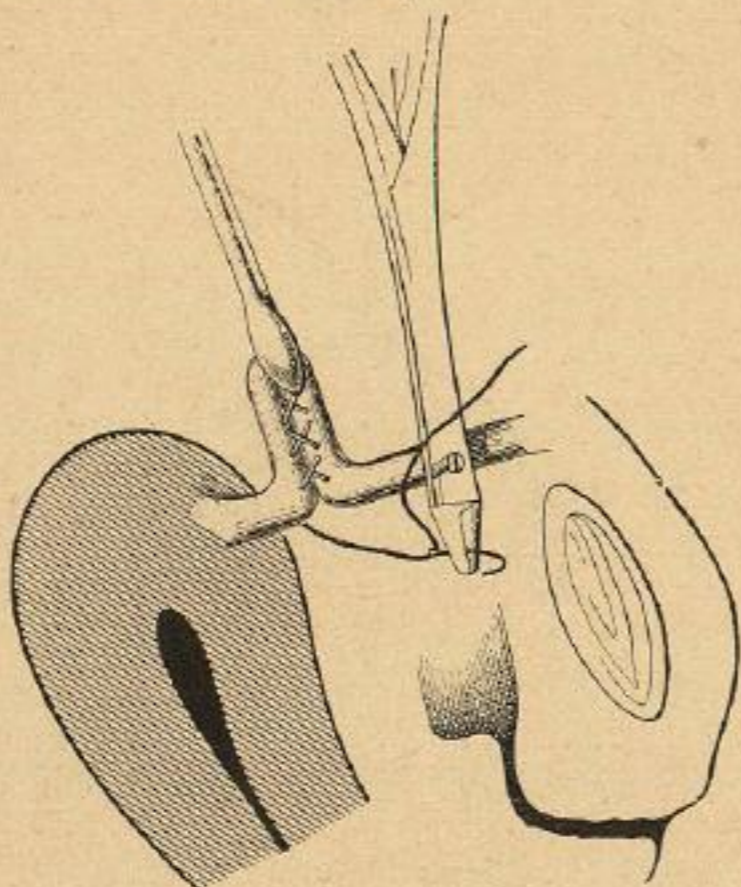


Fig. 430. — Suture de Ruggi.

3^o Méthode de Dudley (procédé de raccourcissement par *coudure* de l'extrémité utérine des ligaments ronds et leur *fixation* sur la *face antérieure* de l'utérus).

1^o MÉTHODE DE WYLIE-RUGGI. — Alors que l'abdomen est ouvert, les ligaments ronds se présentent avec l'aspect indiqué par la figure 429.

Wylie et Ruggi exécutent le raccourcissement d'une façon analogue, c'est-à-dire en accolant le ligament à lui-même dans une partie de son étendue, et en déterminant un *coude externe*.

Ruggi fait une suture de pelletier double ainsi que l'indique la figure 430, tandis que Wylie pratique une suture à points séparés (fig. 431).

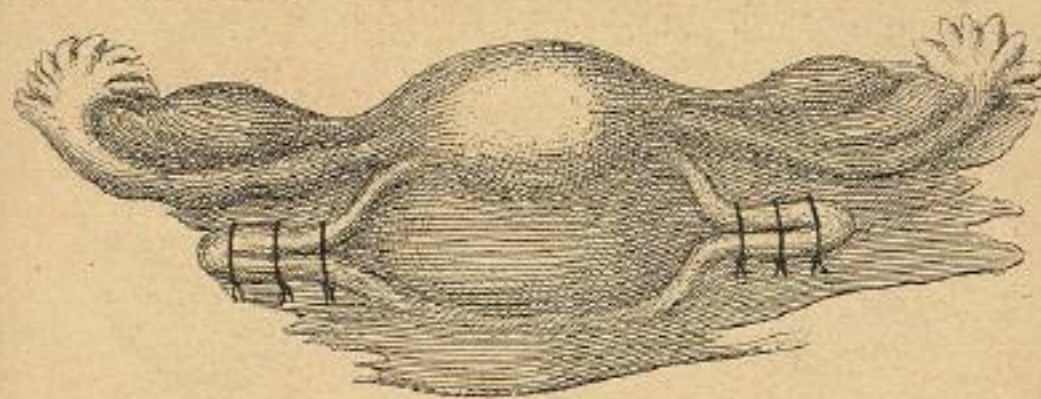


Fig. 431. — Suture de Wylie.

2^o MÉTHODE DE POLK¹. — Polk amène les deux ligaments ronds au contact l'un de l'autre en avant de l'utérus, avive les parties par lesquelles ils doivent entrer en contact et les réunit par des sutures transversales pour assurer leur accollement.

Ce procédé a pour inconvénients de gêner l'ampliation vésicale.

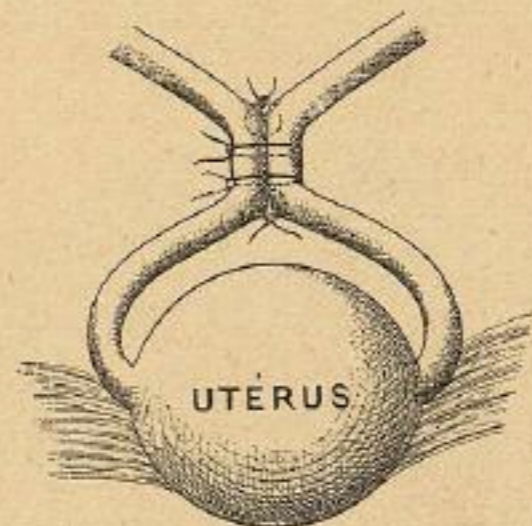


Fig. 432. — Méthode de Polk pour le raccourcissement de ligaments ronds.

3^o MÉTHODE DE DUDLEY². — Dudley avive, ainsi que l'indique la figure 433, la face antérieure de l'utérus, et la portion voisine de la face interne des ligaments ronds, et à l'aide de sutures appropriées dont les deux figures ci-jointes (433 et 434) donnent l'explication suffisante, il réunit les ligaments ronds à eux-mêmes et à la face antérieure de l'utérus.

Ces divers procédés peuvent tous donner de bons résultats, mais d'une façon générale c'est au premier (procédé de Wylie-Ruggi) qu'il faudra

¹ *Trans. of the Am. gyn. soc. Philad.*, 1889, t. XIV, p. 250.

² *Am. j. of obst.*, 1890, p. 1336.

accorder la préférence, comme le plus simple, et comme entravant le moins la fonction de la vessie.

C. — PROCÉDÉS DIVERS

Outre les procédés opératoires qui ont été décrits, il en existe une série d'autres qu'il n'est pas possible de classer dans les catégories précédentes,

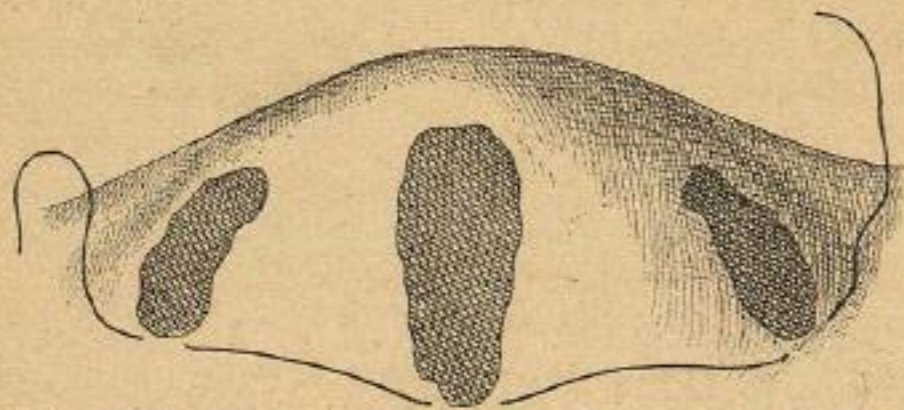


Fig. 433. — Avivement et passage des sutures dans la méthode de Dudley.

simples essais dont la valeur est très contestable et que je me contenterai simplement ici de mentionner.

PROCÉDÉ DE FREUND. — *Freund* et après lui *Frommel* ont pratiqué la suture directe des ligaments utéro-sacrés; l'aiguille part du point d'insertion de ces

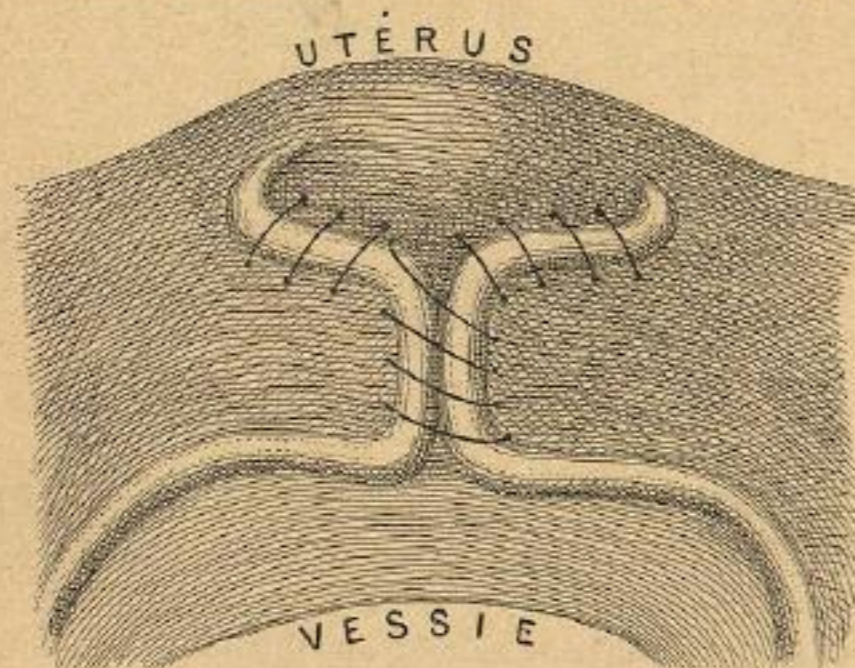


Fig. 434. — Opération de Dudley terminée.

ligaments sur l'utérus abaissé pour l'opération et rejoint le péritoine à une certaine profondeur, puis ressort par le vagin. — La ligature serrée a pour but de raccourcir les ligaments en question. — Ultérieurement *Freund* a également préconisé, après large ouverture du Douglas, la fixation du col utérin au péritoine qui recouvre la face antérieure du rectum.

PROCÉDÉ DE SANGER. — Le procédé de *Sanger* pour la ligature et le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés diffère peu de celui de *Freund*, seulement l'aiguille part de l'intérieur de la cavité cervicale, et comprend dans la ligature la paroi utérine.

CONEHYSTÉRECTOMIE DE THIRIAR. — Cette opération consiste après laparotomie à réséquer un coin de la substance utérine au sommet de l'isthme (sur la paroi antérieure pour la rétroflexion, et sur la paroi postérieure pour l'antéflexion); on ferme par des sutures la plaie ainsi créée. Après quoi l'utérus se trouve et se maintient redressé.

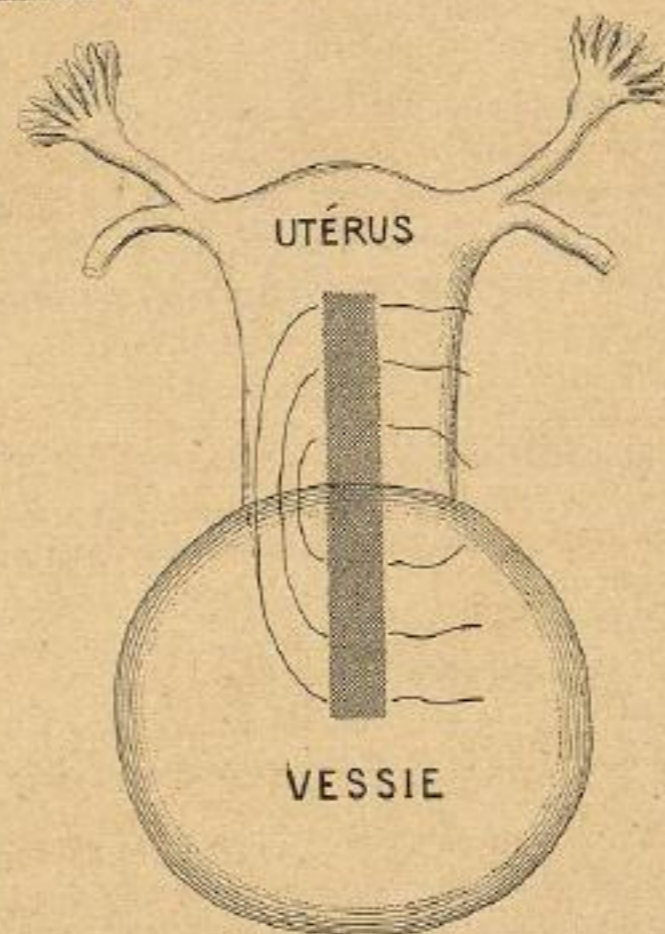


Fig. 435. — Accolement vésico-utérin de Pryor.

ACCOLEMENT VÉSICO-UTÉRIN. — *Pryor*¹ dans les cas de rétrodéviation utérine a conseillé d'aviver à l'aide de scarifications la face antérieure de l'utérus et la partie correspondante de la vessie, ainsi que l'indique la figure 435, et de joindre ces deux surfaces avivées à l'aide de sutures à la soie ou au catgut. Cet accolement de la vessie et de l'utérus a pour effet de maintenir l'utérus dans sa position normale, tout en lui laissant la mobilité suffisante que lui conserve la souplesse vésicale.

B. — TRAITEMENT CLINIQUE

1^o Rétrodéviation indifférente.

La rétrodéviation est dite indifférente, quand elle ne cause aucune gêne.

¹ *The New-York j. of gynecology* — July 1893, p. 577.

Cette variété de déviation doit souvent passer inaperçue, car, en l'absence de souffrances ou d'écoulement pathologique, la femme ne réclame aucune assistance médicale.

Le plus souvent on la rencontre accidentellement, alors qu'il y a soupçon de grossesse au début dont le diagnostic réclame l'examen génital, ou, quand ce même examen est pratiqué à l'occasion d'une maladie vulvo-vaginale.

La rétrodéviation indifférente ne réclame aucun traitement, à moins qu'elle ne soit une cause de stérilité; il faudra alors relever l'utérus comme nous allons le voir pour les rétrodéviations non compliquées.

2° Rétrodéviations non compliquées.

La rétrodéviation existe comme seul état pathologique; elle n'est compliquée d'aucune autre maladie génitale.

La déviation se manifeste par ses troubles habituels: douleurs de rein et à l'hypogastre, pesanteurs périnéales, menstruation douloureuse, etc.

L'utérus est réductible, puisque nous supposons la rétrodéviation non compliquée.

L'indication est double :

Réduire l'utérus,

Et le maintenir réduit.

La réduction de l'utérus peut être obtenue à l'aide de la position gènepectorale prise régulièrement matin et soir un quart d'heure pendant un certain temps, deux à trois semaines environ, ou mieux par la réduction digitale ou instrumentale à l'aide de l'hystéromètre.

C'est à la réduction digitale qu'il faudra accorder la préférence comme constituant la méthode la plus sûre en même temps que la plus inoffensive.

Pour maintenir l'utérus on fera usage d'un pessaire approprié :

S'il s'agit d'une rétroflexion, on pourra recourir à la tige intra-utérine de Lefour qui, prenant point d'appui sur le col de l'utérus non dévié, fixera le corps en position normale.

Cette tige sera laissée en place pendant un à deux mois.

Avec une rétroversion, ou avec une rétroflexion quand la tige intra-utérine est mal supportée, on appliquera, après réduction, un pessaire.

Parmi les diverses formes conseillées je préfère le simple anneau élastique, qui, suffisamment rigide et de dimensions assez grandes, maintient l'utérus en position normale, en fixant le col utérin; ce pessaire sera laissé pendant deux à trois mois en place, en se conformant aux diverses précautions qui ont été précédemment indiquées.

Si après ces deux ou trois mois l'utérus retombe alors qu'on enlève l'anneau, il faudra en replacer un nouveau de dimensions supérieures, car le vagin s'élargit légèrement sous l'influence de la pression excentrique exercée par l'appareil; et le même anneau laissé trop longtemps en place devient insuffisant.

Dans le cas où la femme ne peut tolérer l'anneau, on aura recours au rac-

courcissement des ligaments ronds, ainsi qu'il sera indiqué à propos des rétrodéviations avec effondrement vulvo-vaginal.

3° Rétrodéviation avec tumeur.

Quand la rétrodéviation accompagne une tumeur soit de l'utérus (fibrome), soit du voisinage (kyste de l'ovaire ou autres), elle ne constitue qu'un état pathologique secondaire et relativement insignifiant.

Aussi, en pareil cas, n'est-ce pas contre la rétrodéviation qu'il faut diriger le traitement, mais contre la tumeur même.

Toutefois, en opérant la tumeur, il faudra autant que possible corriger la déviation, soit en mobilisant l'utérus, soit, s'il y a lieu, en pratiquant l'hystéropexie, alors que l'ablation de la tumeur a été faite par la laparotomie.

4° Rétrodéviation avec métrite.

Lorsque l'utérus est à la fois enflammé et dévié en arrière, le traitement médical a peu de chances de réussite, ou il exigera pour le moins une longue patience de la part de la malade et du médecin, aussi est-ce au traitement chirurgical qu'il faut accorder la préférence.

a. **Traitement chirurgical.** — Contre l'inflammation on aura recours au curage complet ou non pour l'amputation du col (méthode de Schröder), suivant qu'il y a ou non ectropion et métrite parenchymateuse.

On agira sur la déviation dans la même séance opératoire, alors que l'utérus est réductible, par l'application d'une tige de Lefour, s'il y a rétroflexion, et par le raccourcissement des ligaments ronds (Alexander), s'il y a rétroversion.

Alors que l'utérus est irréductible, ce qui est dû à des adhérences rétro-utérines, on pourra ouvrir le cul-de-sac de Douglas et détacher ces adhérences à l'aide du doigt.

L'utérus étant mobilisé par cette opération, on complétera l'intervention en agissant comme il vient d'être dit pour l'utérus réductible.

Dans le cas où la rétrodéviation est peu accentuée, il suffit en général de guérir l'inflammation (curage et au besoin Schröder) pour voir l'utérus reprendre sa place; pour favoriser cette réduction, après l'intervention chirurgicale on redressera l'utérus et on le maintiendra à l'aide d'un pessaire, appliqué séance tenante pendant l'anesthésie.

b. **Traitement médical.** — On sera obligé de renoncer au traitement chirurgical, alors que la femme s'oppose à son exécution, ou quand l'état du cœur ou d'un autre viscère constitue une contre-indication.

Il faudra en pareille occurrence recourir au traitement médical.

Le traitement médical s'adressera d'abord à l'inflammation utérine; contre l'endométrite on emploiera la dilatation à la laminaire suivie de cautérisation, ainsi qu'il a été indiqué au traitement de la métrite; contre l'ectropion, on fera usage de scarifications et cautérisations à la créosote.

Quand l'état de l'utérus sera au point de vue de l'inflammation notable-

ment amélioré, on redressera l'utérus avec les doigts ou l'hystéromètre et on appliquera un anneau élastique pour maintenir l'organe réduit.

Pour que cet anneau soit bien toléré par la femme, il est nécessaire que l'inflammation utérine soit véritablement amendée, presque guérie.

Afin de faciliter la réduction de l'utérus, pendant le traitement même de l'inflammation, on pourra conseiller à la femme de prendre matin et soir la position genu-pectorale qui aura une heureuse action sur la circulation de l'utérus et sur sa position, et qui suffira parfois à amener son remplacement, sans qu'une autre manœuvre devienne nécessaire.

5° Rétrodéviatation avec effondrement vulvo-vaginal.

Par effondrement vulvo-vaginal, j'entends la laxité exagérée du vagin, l'insuffisance du périnée par déchirure ou relâchement, le tout se compliquant habituellement de colpocèle antérieure et postérieure.

La rétrodéviatation se confond en pareil cas avec le premier degré du prolapsus vagino-utérin.

Le traitement en sera vu ultérieurement avec celui du prolapsus.

6° Rétrodéviatation avec inflammation péri-utérine.

L'inflammation péri-utérine peut être une pelvi-cellulite, une pelvi-péritonite, une salpingo-ovarite.

Pelvi-cellulite — Si l'état est aigu, le traitement de la déviation devient secondaire, c'est uniquement contre la cellulite que doivent être dirigés tous les efforts thérapeutiques.

A l'état chronique, la pelvi-cellulite entraîne la rétraction du ligament large malade, rétraction qui immobilise douloureusement l'utérus.

Avant de songer à corriger la déviation il conviendra d'assouplir ce ligament par les injections vaginales chaudes, les lavements froids et surtout par le massage.

Quand l'utérus pourra être redressé, on le maintiendra à l'aide d'un pessaire approprié.

Pelvi-péritonite. — Durant la période aiguë même traitement qu'avec la pelvi-cellulite aiguë.

A la période chronique la pelvi-péritonite amène la formation de brides péri-utérines, siégeant de préférence au niveau de la face postérieure de l'utérus, et qui maintiennent cette face accolée à la paroi antérieure du rectum.

On diagnostiquera l'existence de ces brides, en introduisant un doigt dans le rectum, assez haut pour arriver au niveau de la face postérieure de l'utérus, si on essaie alors avec l'hystéromètre de réduire la rétroversion et de porter l'organe en antéversion, on sent la paroi rectale s'éloigner avec l'utérus, et conserver le contact avec lui.

Avant de réduire la déviation il sera nécessaire, en pareil cas, de détruire ou de relâcher les adhérences pathologiques, ce qu'on obtiendra parfois avec

un massage prolongé et associé aux injections vaginales chaudes et aux lavements froids.

Quand ce traitement est insuffisant, il faut se résoudre à pratiquer la laparotomie, dégager l'utérus en allant le libérer directement avec les doigts; cette libération suffit souvent pour corriger la rétrodéviatation, mais il sera bon de la compléter pour plus de sûreté par l'hystéropexie abdominale, ou le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Cette intervention est préférable à celle qui consiste à libérer l'utérus par l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, car cette libération par la voie vaginale ne permet pas d'agir aussi complètement et sûrement que celle par la voie abdominale; elle doit être réservée aux cas où d'autres opérations ont été pratiquées par la voie vaginale, afin qu'on n'agisse pas simultanément par les deux voies vaginale et abdominale, ce qui aggraverait notablement le pronostic de l'opération.

Salpingo-ovarite. — Alors que la salpingo-ovarite est suffisamment grave pour nécessiter l'ablation des annexes le traitement de la rétrodéviatation se pose dans les conditions suivantes :

Vaut-il mieux enlever les organes génitaux, utérus et annexes par la voie vaginale, ou pratiquer la castration par la voie abdominale et terminer par l'hystéropexie ?

Les deux méthodes d'intervention peuvent être défendues, et chacune trouve actuellement ses partisans également convaincus.

D'une façon générale mieux vaut recourir à la laparotomie si on suppose que l'état des annexes d'un côté permettra de ne pas mutiler complètement la femme; quand les altérations sont au contraire bilatérales et profondes, surtout si on soupçonne la présence du pus, il sera préférable de faire l'ablation des organes génitaux par la voie vaginale.

Mais quand il ne s'agit que d'une salpingo-ovarite parenchymateuse que le traitement médical peut arriver à guérir, pareille intervention ne saurait être justifiée, et il importe en pareil cas de commencer à guérir la salpingo-ovarite par un traitement approprié, révulsifs, eau minérale, compression intermittente par les sacs de plomb, après quoi on redressera l'utérus et on le maintiendra à l'aide d'un pessaire.

Si la salpingo-ovarite coïncide, ce qui est fréquent, avec un certain degré de métrite, on associera le traitement de l'inflammation utérine à celui de la salpingo-ovarite, traitement qu'on complètera par le redressement et le maintien de l'utérus.

III. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS

SOMMAIRE

a. Ressources thérapeutiques.

- 1° Pessaires et ceintures.
- 2° Electricité et massage.
- 3° Opérations.

b. Traitement clinique.

- 1° Pseudo-prolapsus.
- 2° Prolapsus utéro-vaginal.
- 3° Prolapsus vagino-utérin.
- 4° Prolapsus mixte.

A. — RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES

1° PESSAIRES ET CEINTURES

Comme pessaires et ceintures, on a préconisé les mêmes que pour la rétrodévi-
 ation, c'est-à-dire l'anneau élastique (fig. 436), le pessaire de Hodge, la
 ceinture hypogastrique et la ceinture abdominale.

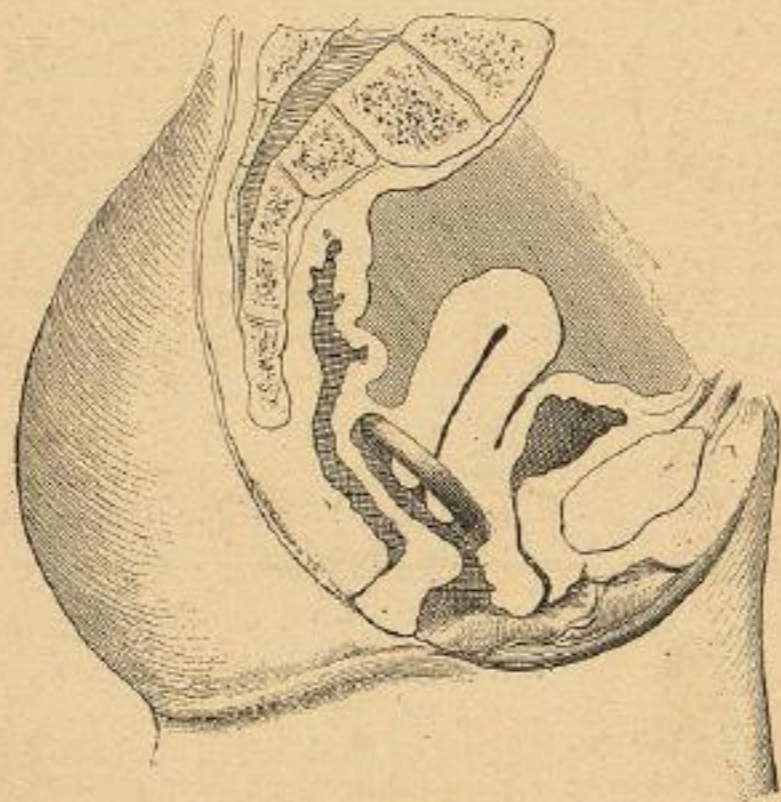


Fig. 436. — Anneau élastique placé en cas de prolapsus.

Comme appareil s'appliquant plus particulièrement au prolapsus, je signa-
 lerai l'hystérophore ou pessaire vagino-abdominal de M. *Intosh*, qui se
 compose d'une petite ampoule destinée à recevoir le col de l'utérus, auquel

elle constitue une sorte de piédestal, maintenu par une tige métallique et
 relié à une ceinture abdominale par des liens se croisant en X (fig. 437).

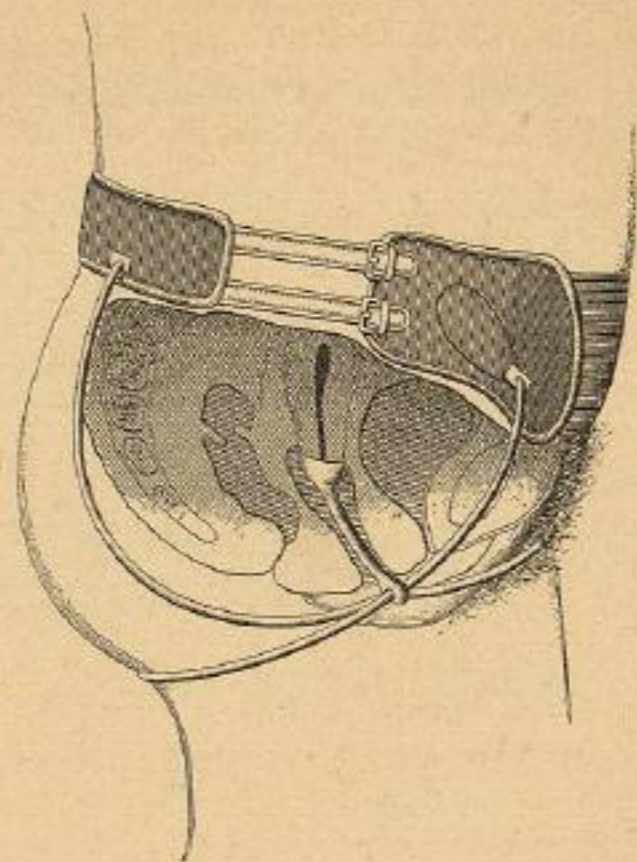


Fig. 437. — Utérus prolabé maintenu par un hystérophore ou pessaire
 vagino-abdominal (M. *Intosh*).

A l'hystérophore de M. *Intosh*, je préfère celui de *Scanzoni*, qui se compose
 d'une ceinture avec plaque abdominale à laquelle est fixée une tige métal-
 lique maintenant une petite sphère intra-vaginale (fig. 438).

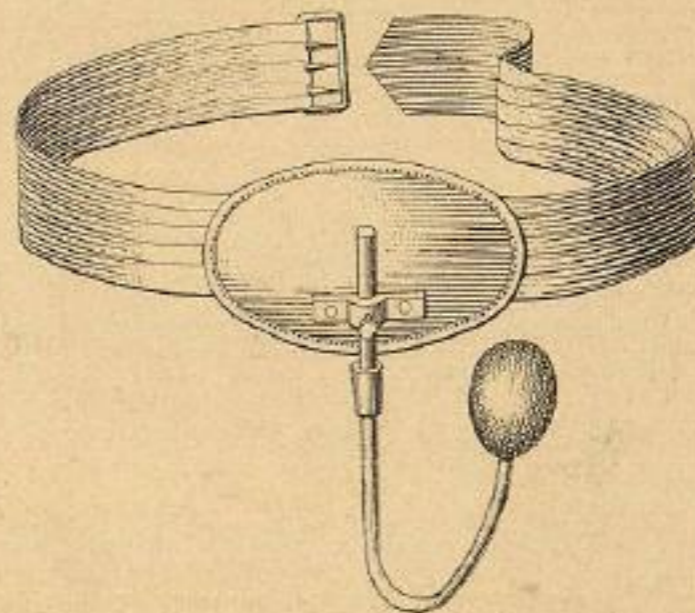


Fig. 438. — Hystérophore de *Scanzoni*.

Des différents appareils que j'ai essayés, c'est celui-ci qui m'a donné les
 meilleurs résultats, et qui est le mieux supporté par la femme ; la boule ter-