

minale destinée à occuper le vagin doit être en buis ou en caoutchouc durci, exactement sphérique et du volume d'un abricot environ.

2° ÉLECTRICITÉ ET MASSAGE

L'électricité peut être employée sous deux formes, soit *faradique*, soit *galvanique*.

Faradique. — Un pôle est appliqué sur l'abdomen à la région hypogastrique, l'autre dans la cavité vaginale, ou encore les deux pôles sont à l'aide d'un électrode spécial introduits dans la cavité vaginale (électrode bipolaire).

Galvanique. — Un pôle sur la paroi abdominale, l'autre soit dans la cavité utérine, soit dans la cavité vaginale; courant de 50 à 100 milliampères comme intensité, interruptions brusques ou lentes avec renversement des courants.

Ces deux variétés d'électricité donneront des résultats médiocres; la première fortifie les muscles striés du plancher périnéal et de la paroi abdominale; la seconde agit heureusement sur les fibres lisses qui entrent dans la composition des ligaments utérins.

Mais ni l'une ni l'autre ne saurait suffire à la cure du prolapsus, et n'en amène simplement que l'atténuation; on peut en dire autant du massage dont il me reste à parler.

Le *massage* aura ici un double but: relever l'utérus procident, fortifier l'appareil de soutènement de l'utérus.

Pour répondre au premier desideratum, on fera l'élévation utérine par la méthode de *Thure Brandt* (voir p. 83) ou par tout autre procédé analogue et moins compliqué; et pour satisfaire au second, on pratiquera le massage des ligaments larges en les soutenant avec deux doigts introduits dans le vagin, pendant que les doigts de l'autre main fonctionnent à travers la paroi abdominale.

Le massage bien effectué réussit à maintenir momentanément des prolapsus assez accentués; malheureusement la procidence se reproduit en quelques jours; pour avoir des résultats sérieux et durables, il faudrait en quelque sorte masser constamment la femme.

3° OPÉRATIONS

SOMMAIRE

a. Voie vaginale.

Vulve.

- 1° Occlusion.
- 2° Périnéoraphie.

Vagin.

- 3° Colporaphie antérieure.
- 4° Colporaphie postérieure ou colpo-périnéoraphie.
- 5° Colporaphie multipliée.
- 6° Cloisonnement.
- 7° Capitonnement.

Uterus.

- 8° Amputation du col.
 - a. *intra-vaginale*.
 - b. *sus-vaginale*.
- 9° Hystérectomie totale.

b. Voie abdominale

- 1° Hystéropexie ligamentaire intra-abdominale.
- 2° Hystéropexie pariéto-abdominale.
- 3° Cystopexie.
- 4° Hystérectomie.

A. Voie vaginale.

1° *Occlusion de la vulve*. — L'oblitération de la vulve ou plus exactement de l'orifice vulvo-vaginal peut s'appliquer aux cas de prolapsus complet; la vulve étant obstruée, l'utérus se trouve emprisonné dans l'intérieur de la cavité abdominale.

Le manuel de cette opération a été décrit (p. 141) à propos des fistules génitales; je n'y reviens donc pas ici.

Cette opération est rarement pratiquée contre le prolapsus; elle ne s'applique d'abord qu'aux femmes ayant franchi la ménopause, sans quoi elle amènerait par la rétention du flux menstruel la formation d'un hémato-colpos même; après la ménopause l'utérus étant fréquemment le siège d'écoulement muqueux, l'opération en question est la cause de rétentions intra-vaginales peu compatibles avec le bon état de santé.

2° *Périnéoraphie*. — La périnéoraphie est rarement pratiquée à l'état d'opération isolée; le plus souvent elle est combinée au rétrécissement de la paroi vaginale postérieure ou colporaphie postérieure; nous étudierons donc les détails de cette opération combinée au chapitre consacré à la colporaphie postérieure ou colpo-périnéoraphie (voir p. 424).

Si la périnéoraphie isolée était indiquée, on la pratiquerait en se conformant à un des procédés antérieurement décrits à propos des déchirures du périnée (voir p. 190).

3^e Colporaphie antérieure. — La colporaphie antérieure, encore désignée sous le nom d'élytroraphie antérieure, peut se faire suivant deux procédés principaux : Hegar et Winckel.

PROCÉDÉ DE HEGAR. — Le col étant maintenu par les fils de catgut, appliqués pour l'amputation du col qui précède ordinairement l'opération en

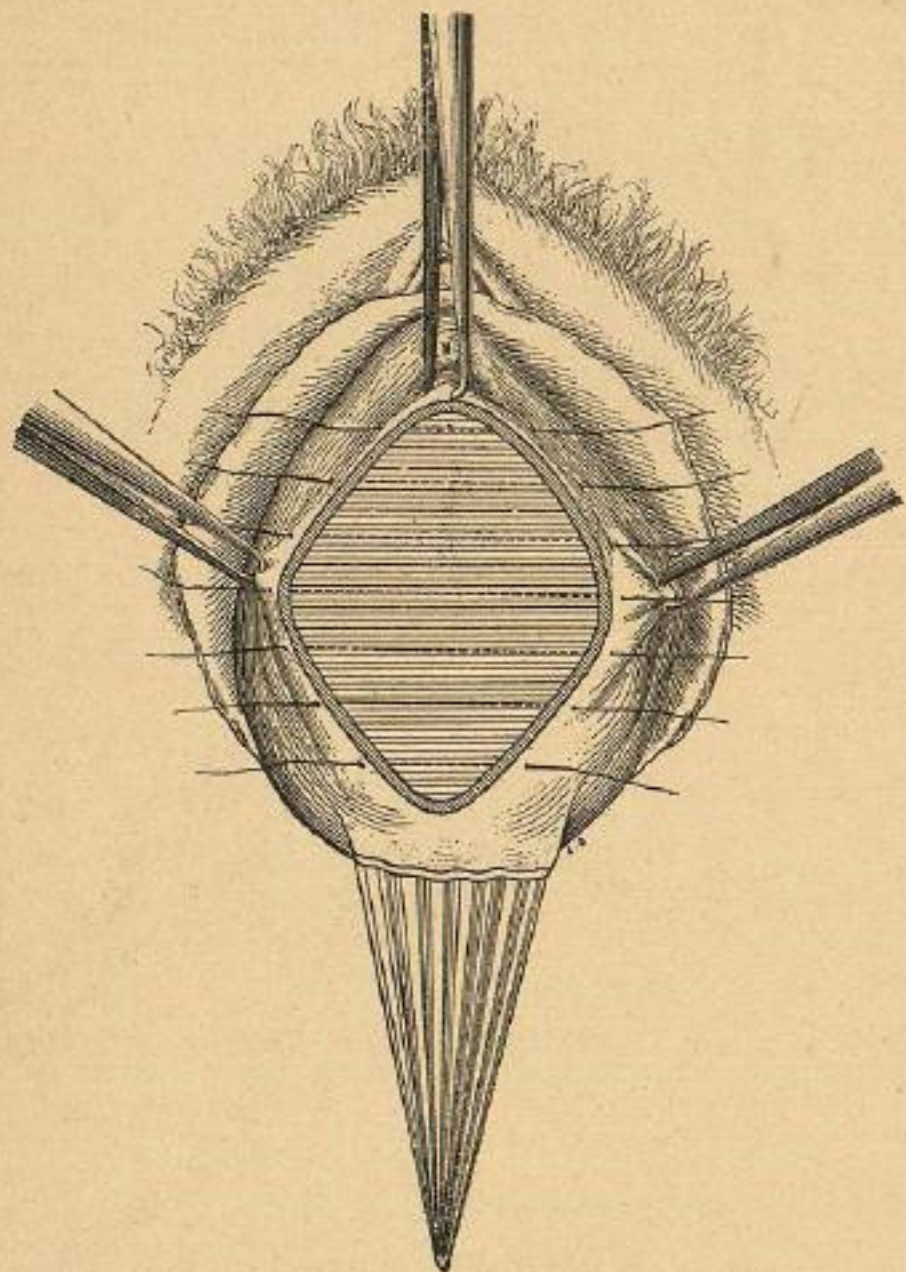


Fig. 439. — Colporaphie antérieure (procédé d'Hegar).

question, ou sinon saisi solidement à l'aide d'une pince de Museux, on place trois pinces à crochet ainsi que l'indique la figure 439, de manière à tendre la paroi vaginale.

On dessine au bistouri un avivement quadrilatère à bords arrondis.

La muqueuse est détachée à l'aide du bistouri et de pinces à griffes.

Si quelques vaisseaux saignent trop abondamment, on les serre momentanément avec des pinces à forcipressure.

Passage de fils de soie ou mieux de crin de Florence transversalement dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, en respectant autant que possible la vessie.

Ligature de ces fils d'arrière en avant.

PROCÉDÉ DE WINCKEL. — Winckel¹ a proposé de remplacer cet avivement étendu, qui est assez pénible à faire, et dont la cicatrice est parfois douloureuse, par un simple avivement linéaire de forme ovale et dont on réunit

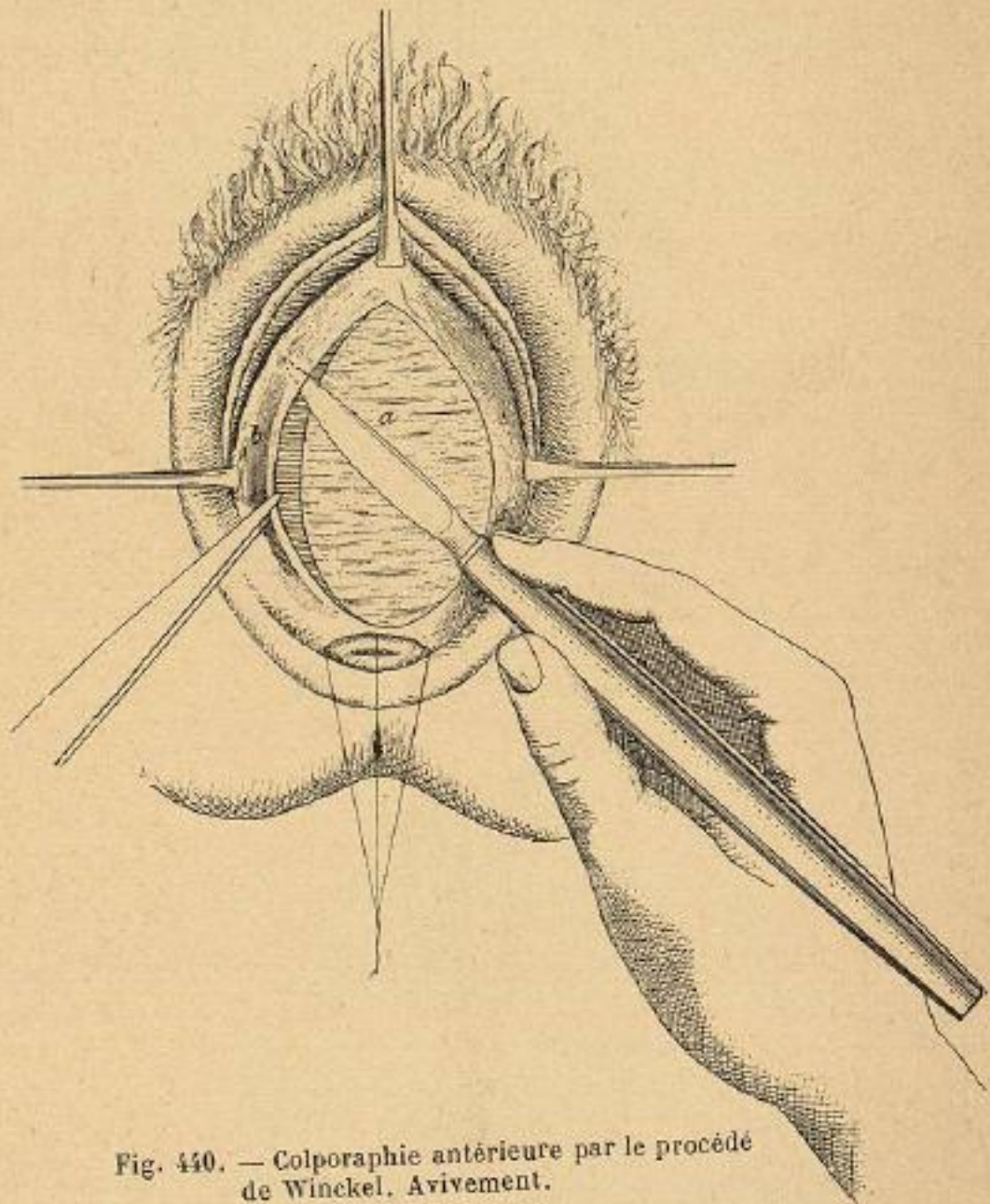


Fig. 440. — Colporaphie antérieure par le procédé de Winckel. Avivement.

transversalement le bord d'un côté à celui du côté opposé à l'aide de crins de Florence, ainsi que l'indique les figures ci-jointes (440-441).

L'auteur complète la réunion à l'aide d'une suture continue de catgut afin de rendre l'affrontement des tissus plus intime.

Avec ce procédé on ne résèque aucune portion de la muqueuse vaginale, et on fortifie la paroi vaginale en la doublant sur elle-même.

¹ Ueber einige neue plastische Operationen an den weiblichen Sexualorganen. Munich, 1891.

L'auteur a proposé un procédé analogue pour la colporaphie postérieure, mais qui me semble moins heureux que pour l'antérieure.

4° Colporaphie postérieure ou colpo-périnéoraphie. — Parmi les nombreux procédés préconisés pour l'exécution de cette opération, je donne la préférence à ceux de *Martin* et de *Doléris*.

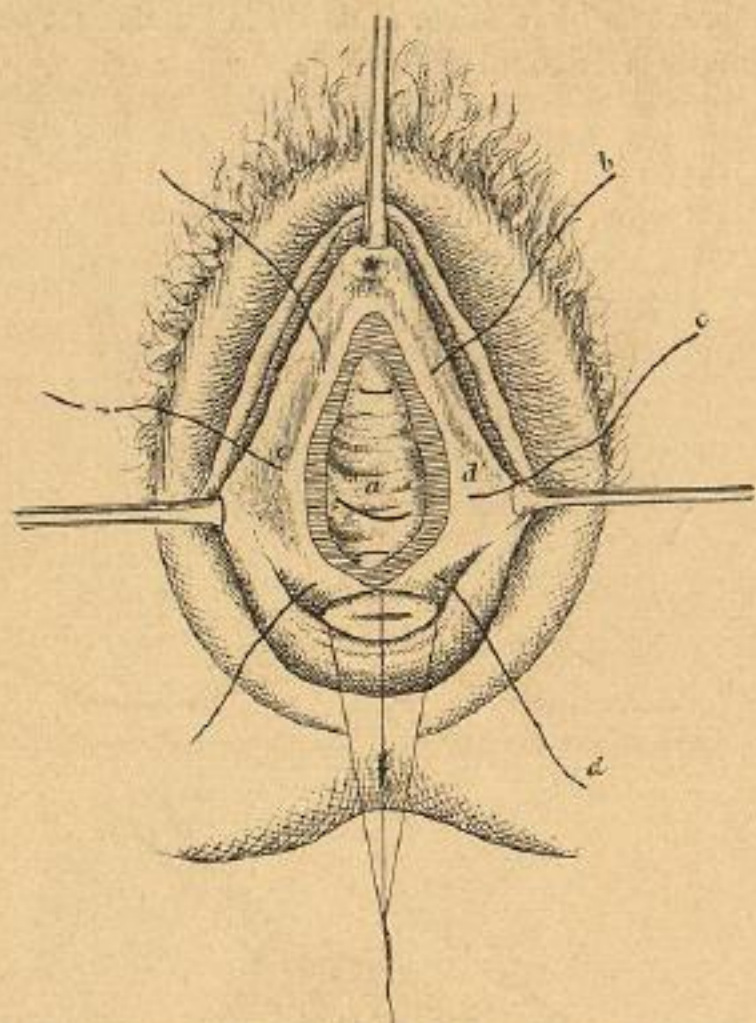


Fig. 441. — Colporaphie antérieure par le procédé de Winkel. Sutures.

PROCÉDÉ DE MARTIN. — Le tracé général de l'avivement est celui indiqué par la figure 442, c'est-à-dire deux triangles longeant la colonne postérieure du vagin et venant se confondre par leur base avec l'avivement vulvo-périnéal. Avivement vulvo-périnéal en forme de quadrilatère transversalement allongé.

On commence par l'avivement vaginal, sur lequel on applique transversalement des sutures à la soie, ainsi que l'indique la figure 443.

Après qu'on a procédé à l'avivement vulvo-périnéal, les parties étant tendues à l'aide de pincées à crochet, on place des sutures transversales à la soie, les supérieures se trouveront nouées dans l'intérieur du vagin, les inférieures à la surface du périnée (fig. 444).

Le tout est protégé à l'aide de gaze iodoformée, qui sera laissée deux à trois jours en place.

Cathétérisme vésical deux fois par vingt-quatre heures pendant les trois premiers jours.

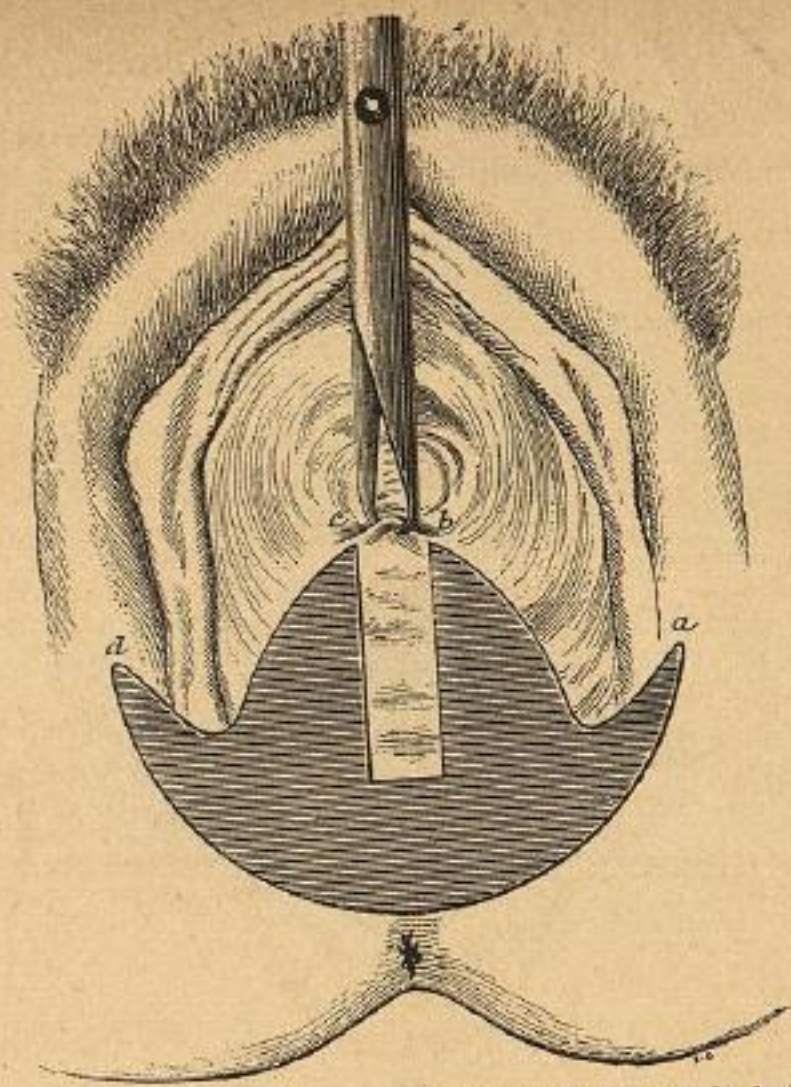


Fig. 442. — Avivement dans le colpo-périnéoraphie (procédé de Martin).

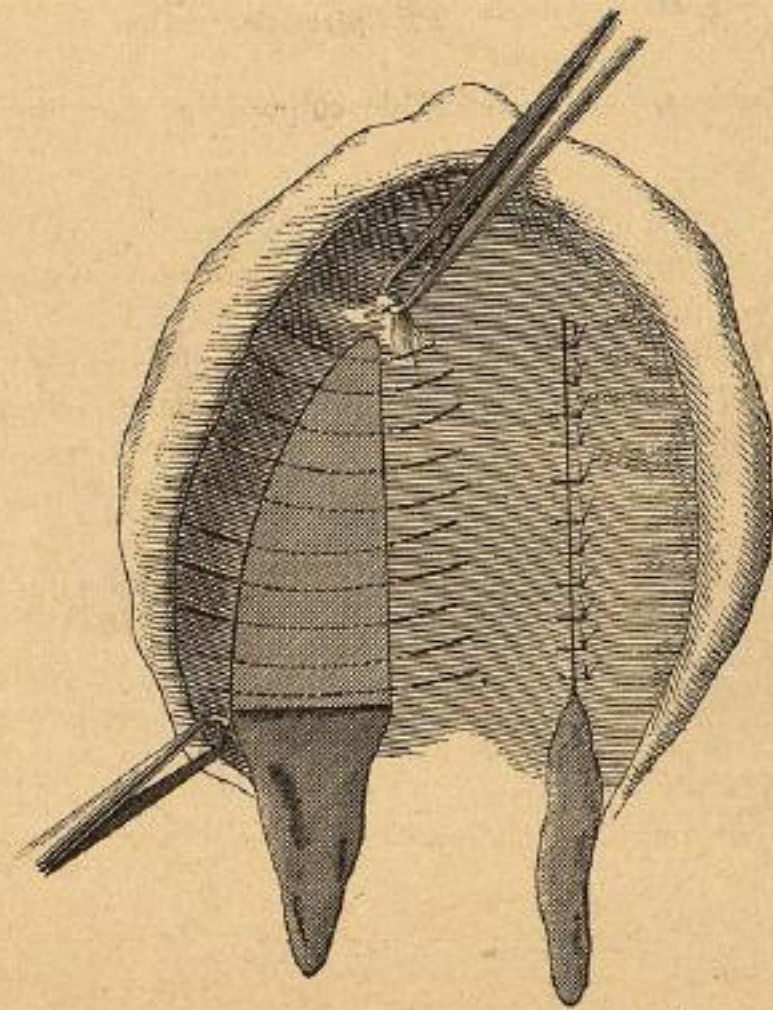


Fig. 443. — Sutures vaginales (Martin).

Les fils superficiels seront enlevés au bout de huit jours, les profonds après douze à quinze jours ou même plus tard.

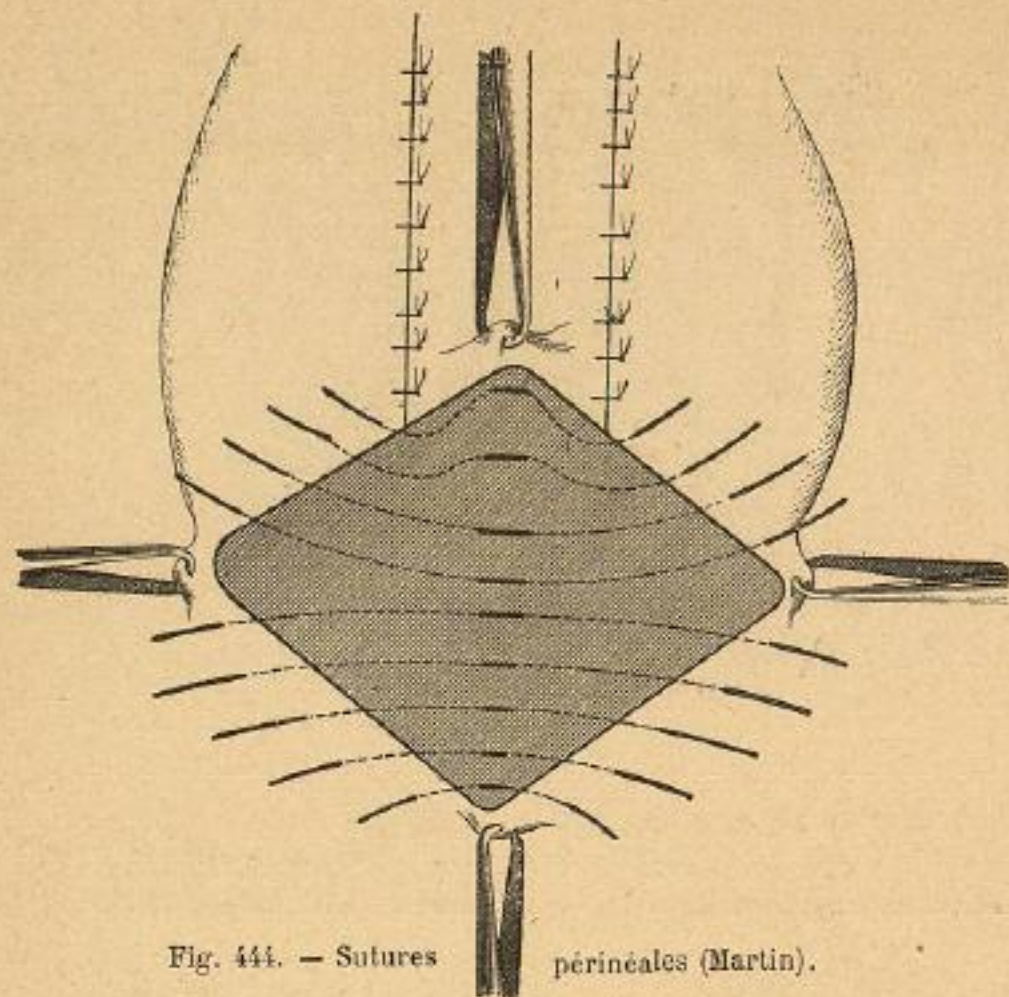


Fig. 444. — Sutures périméales (Martin).

PROCÉDÉ DE DOLÉRIS. — Le procédé de colpopérinéoraphie de Doléris est

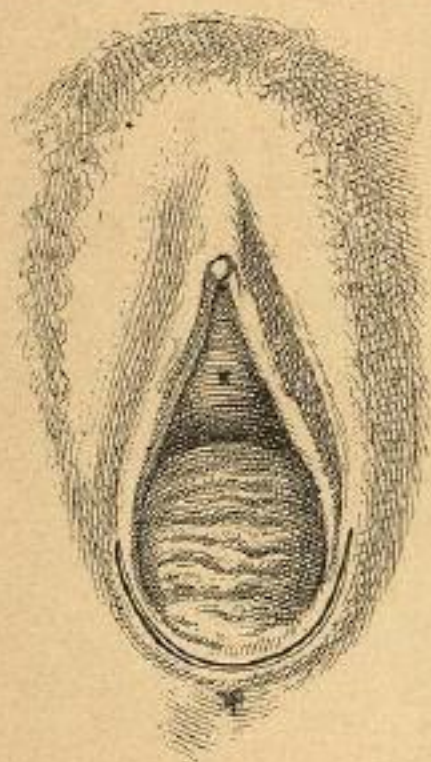


Fig. 445. — Procédé de Doléris. Avivement.

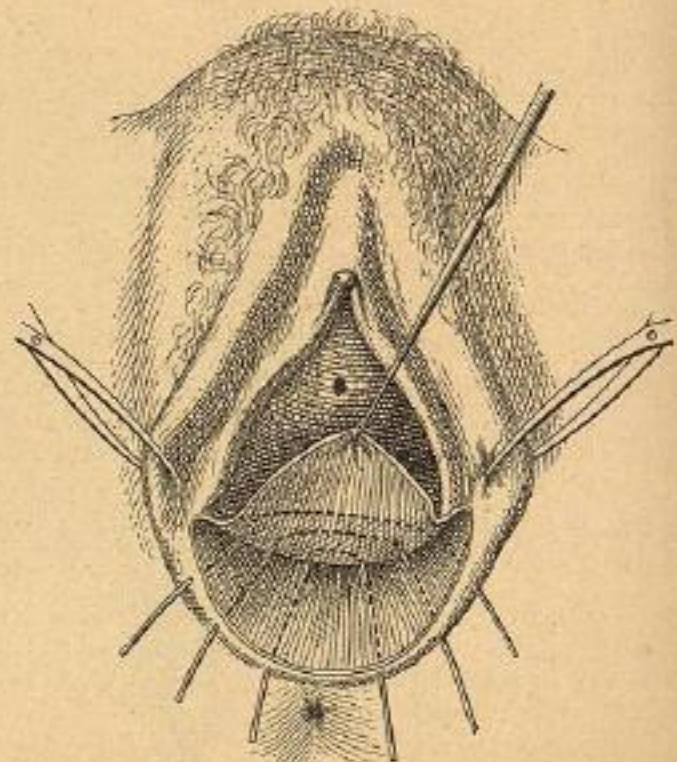


Fig. 446. — Procédé de Doléris. Passage des sutures.

une modification de la périnéoraphie de Lawson-Tait, et en diffère par la résection d'une partie de la paroi vaginale-postérieure.

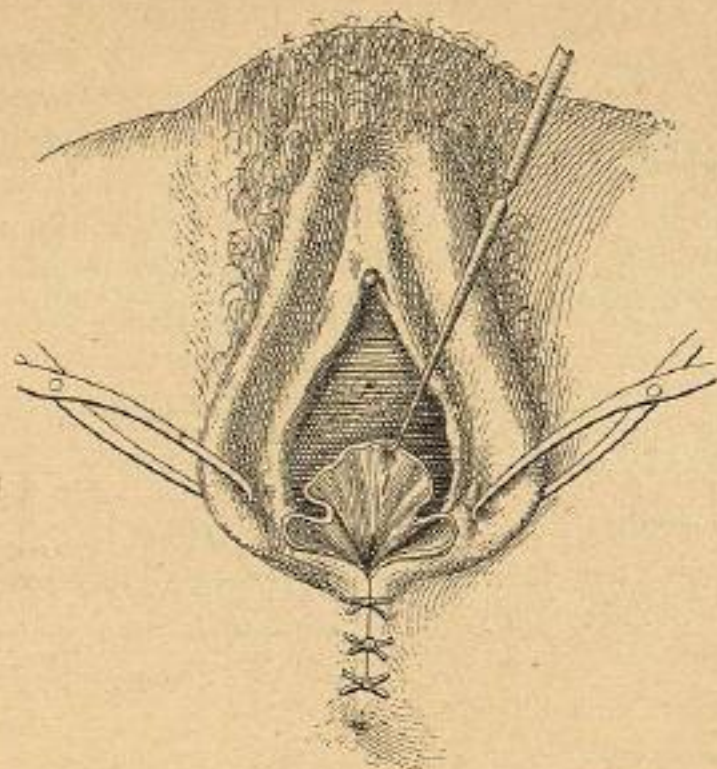


Fig. 447. — Procédé de Doléris. Adaptation de premières sutures.

Voici d'ailleurs le détail de cette opération :



Fig. 448. — Procédé de Doléris. Résection du lambeau supérieur.

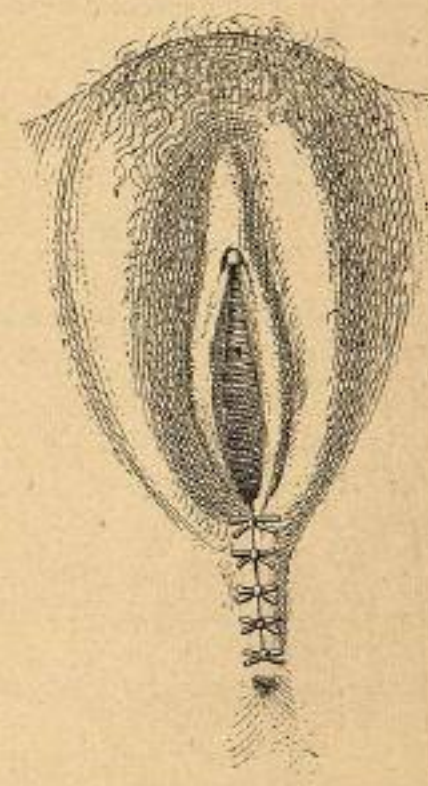


Fig. 449. — Procédé de Doléris. Opération achevée.

Incision périnéale comme pour la périnéoraphie de Lawson-Tait (fig. 445). L'avivement terminé, on soulève le lambeau supérieur à l'aide d'un cro-

chet ou d'une pince et application de sutures en commençant par la partie inférieure de la plaie périnéale (fig. 446); la partie la plus profonde des sutures doit fixer la paroi vaginale postérieure de manière à ce que la surface de réunion soit composée par l'accolement des deux surfaces latérales du périnée et par le fond de la surface d'avivement au niveau de la paroi vaginale.

Alors que la plaie vaginale est comblée, il reste un lambeau de la paroi vaginale postérieure qui dépasse ainsi que l'indique la figure 447.

Ce lambeau est réséqué à l'aide des ciseaux au ras de la surface périnéale, de manière à fournir l'aspect de la figure 448.

Au moyen de sutures transversales on achève la réunion de la surface avivée, et de la sorte le périnée se trouve complètement restauré, ainsi que le montre la figure 449.

3° *Colporaphie multipliée.* — *Hall, Velpeau, Hemming, Baker Brown* ont conseillé de réséquer des lambeaux de la paroi vaginale et de réunir ces surfaces avivées à l'aide de sutures, de manière à réduire le calibre de l'utérus.

Ce procédé opératoire a été récemment précisé par *Terrillon*, dont voici la description¹ :

« La malade est chloroformée et placée dans la position ordinaire, les deux jambes maintenues écartées par deux aides ou par les bras spéciaux de la table d'opération. Un éclairage aussi parfait que possible est nécessaire pour rendre accessible à la vue le fond du vagin.

« Pour écarter les parois, on doit se munir de valves à manche, étroites et assez longues pour bien déplier le vagin. Deux de ces valves tenues écartées l'une de l'autre étalent la muqueuse et rendent l'opération facile.

« Enfin, on doit se munir de pinces érigées (modèle tire-balles), courtes et du même modèle que les pinces à forcipressure. Elles servent à saisir la muqueuse.

« On procède alors aux avivements.

« Chaque lambeau doit avoir au moins 3 centimètres de large; mais on peut augmenter cette largeur, lorsque la cavité vaginale est très agrandie.

« Il est nécessaire de laisser entre chaque lambeau une zone de muqueuse intacte de 1 centimètre et demi environ, pour pouvoir placer les sutures.

« Lorsque ces lambeaux ont été enlevés successivement sur la paroi vaginale entière, on voit dans le champ opératoire, une série de plaies longitudinales séparées par la muqueuse conservée. Une précaution indispensable consiste à toujours laisser une bandelette de muqueuse saine sur la ligne médiane de la paroi postérieure.

« La dissection des lambeaux est commencée avec le bistouri; ensuite, on procède par décollement avec le doigt ou avec un instrument mousse. Les ciseaux courbes et pointus peuvent aussi rendre de grands services.

¹ *Bulletin de Thérapeutique*, 1893, p. 502.

« Chaque fois qu'une artériole est ouverte, il est bon de la lier aussitôt avec un catgut fin, afin d'éviter la présence d'un grand nombre de pinces dans le champ opératoire.

« Souvent la plaie est lavée avec de l'eau phéniquée faible.

« Enfin, on doit prendre des précautions particulières pour éviter de blesser la vessie ou la paroi rectale.

« Le nombre des lambeaux ainsi enlevés sur toute la circonférence du vagin varie de six à huit pour les vagins très développés; il faut descendre à quatre pour ceux qui sont plus étroits. Généralement, les sutures sont pratiquées avec de la soie fine et par points séparés.

« Le fil entre par un côté de la plaie, chemine dans les tissus situés sous la surface avivée, jusqu'au bord du côté opposé qu'il traverse. La réunion des parties profondes se fait ainsi avec certitude.

« Très souvent les fils, placés d'avance sur chacun des avivements, ne sont serrés qu'à la fin de l'opération.

« Si on fermait chaque plaie à mesure qu'elle est produite, la pose des fils et surtout l'affrontement des bords seraient rendus très difficiles sur les autres.

« Lorsque l'opération est terminée, on voit nettement que le vagin est réduit à un cylindre creux pouvant à peine recevoir le doigt, et qui est formé par des lambeaux de muqueuse vaginale et des lignes de sutures alternant l'une avec l'autre. A ce moment, le périnée est déjà très rétréci au niveau de la fourchette. Si l'on trouve que le plan périnéal n'est pas assez épais ou assez résistant, on peut pratiquer une opération d'Emmet complémentaire.

« Il suffit alors de tailler de chaque côté de la cloison, au niveau des petites lèvres, deux lambeaux triangulaires, un de chaque côté. Sur le bord de la cloison, on fait l'ablation d'un lambeau transversal réunissant les premiers.

« La surface d'avivement a ainsi la forme d'un papillon dont les deux ailes sont déployées.

« Les fils d'argent sont disposés d'après la méthode d'Emmet, qui est supérieure à toutes les autres pour les périnéoraphies.

« Lorsque l'opération est terminée, une mèche de gaze iodoformée, enduite de vaseline boriquée, est introduite dans le vagin. Au préalable, un lavage abondant avec l'eau phéniquée au centième a débarrassé cette cavité du sang et des caillots.

« Pendant trois ou quatre jours, la gaze iodoformée reste en place, pour être renouvelée et remplacée par une autre. Vers le sixième jour, si aucun incident ne se présente, elle est encore changée pour rester en place jusqu'au onzième jour, afin de permettre l'ablation de la plupart des sutures.

« Pendant toute cette période, la malade est retenue au lit et immobilisée dans la position horizontale. Elle ne doit être sondée que si la vessie ne peut se vider d'elle-même. Mais j'engage les malades à faire toutes les tentatives pour uriner seules, car le sondage peut avoir, malgré toutes les précautions,

de gros inconvénients. L'issue de l'urine sur l'orifice vulvaire garni de gaze iodoformée ne peut avoir, au contraire, aucun inconvénient. Une petite quantité d'extrait thébaïque est administrée le premier et le second jour pour éviter le passage des selles.

« Mais après le quatrième jour, je donne un purgatif suffisant pour vider complètement l'intestin.

« L'huile de ricin à la dose de 20 grammes répond parfaitement à cette indication. Une alimentation très légère est de rigueur au début.

« Vers le douzième jour, les fils sont enlevés en partie. En effet, j'ai souvent remarqué qu'après avoir enlevé les fils autour du vagin en allant progressivement de l'ouverture vers la profondeur, les lèvres de la réunion tendent à se désunir, si l'on insiste pour écarter les parois. Aussi, je préfère laisser en place, pendant trois ou quatre jours, les fils profonds, après avoir nettoyé la cavité avec soin. A cette époque, la réunion de la région antérieure est parfaite et la dilatation peut être suffisante pour enlever les fils restants.

« Lorsque les derniers fils sont enlevés et que toutes les lésions produites par l'opération sont réparées, ce qui a lieu vers le vingtième jour, puisque aucune suppuration n'a été notée au cours de la guérison, on peut constater l'état du vagin.

« Cette cavité autrefois si large est constituée par un cylindre de longueur variable, mais ayant au moins 5 ou 6 centimètres, et qui reçoit à peine un instrument de la grosseur du pouce.

« On a nettement la sensation que les colonnes indurées, formées par les cicatrices longitudinales, forment une paroi résistante et ont transformé le vagin, ordinairement mobile et sans consistance, en une solide enveloppe.

« Il est donc certain que l'utérus éprouvera les plus grandes difficultés pour s'insinuer de nouveau au milieu de ce canal, en écarter les parois, les renverser en les invaginant, et apparaître de nouveau au dehors. »

6° *Cloisonnement*. — PROCÉDÉ DE LEFORT. — Le procédé de cloisonnement de Lefort consiste à faire un avivement symétrique sur la paroi vaginale antérieure et postérieure au niveau de la partie médiane (fig. 450).

Ces deux surfaces avivées sont réunies l'une à l'autre (fig. 451) par un double rang de sutures à la soie ou au crin de Florence, de manière à constituer une cloison centrale de 6 à 8 centimètres de longueur.

Cette cloison forme un soutien puissant pour l'utérus et empêche le retour de la proéminence.

Malheureusement l'utérus peut par la suite s'insinuer dans l'un des deux vagins constitués de la sorte et le prolapsus se reproduire.

Aussi lui préfère-t-on en général le rétrécissement du vagin par le procédé de Hégar.

7° *Capitonnement*. — PROCÉDÉ DE PÉAN. — Ce procédé, décrit par Péan sous le nom de *vagino-fixation*, consiste après écartement des parois vagi-

nales aussi complet que possible à passer avec une aiguille courbe des points

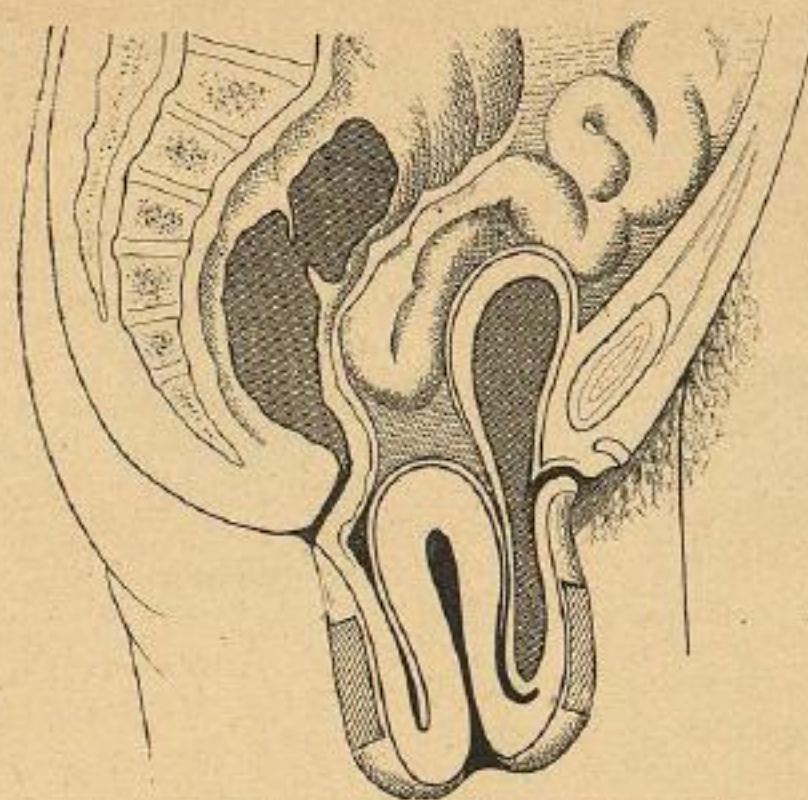


Fig. 450. — Procédé de Lefort. Avivement.

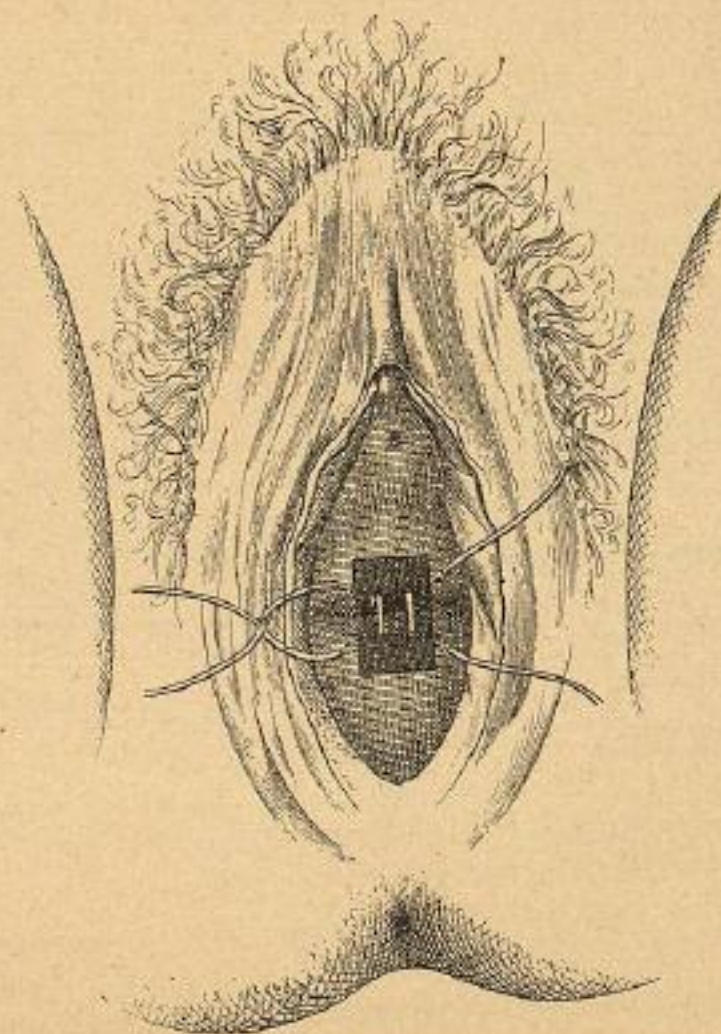


Fig. 451. — Procédé de Lefort. Application de sutures.

de suture qui, partant des parties latérales du vagin, s'enfoncent dans le tissu cellulaire voisin, puis ressortent dans le vagin.

Ces sutures serrées fixent la paroi vaginale au tissu cellulaire voisin, de même que pour un meuble les coutures réunissent l'étoffe superficielle aux parties sous-jacentes, alors qu'on *capitonne* le meuble.



Fig. 452.



Fig. 453.



Fig. 454.

Ce procédé ingénieux n'a été appliqué qu'une fois par son auteur; l'expérience manque donc pour se prononcer à son égard. Toutefois la crainte de blesser ou de comprimer les organes voisins doit rendre circonspect dans les tentatives de ce genre.

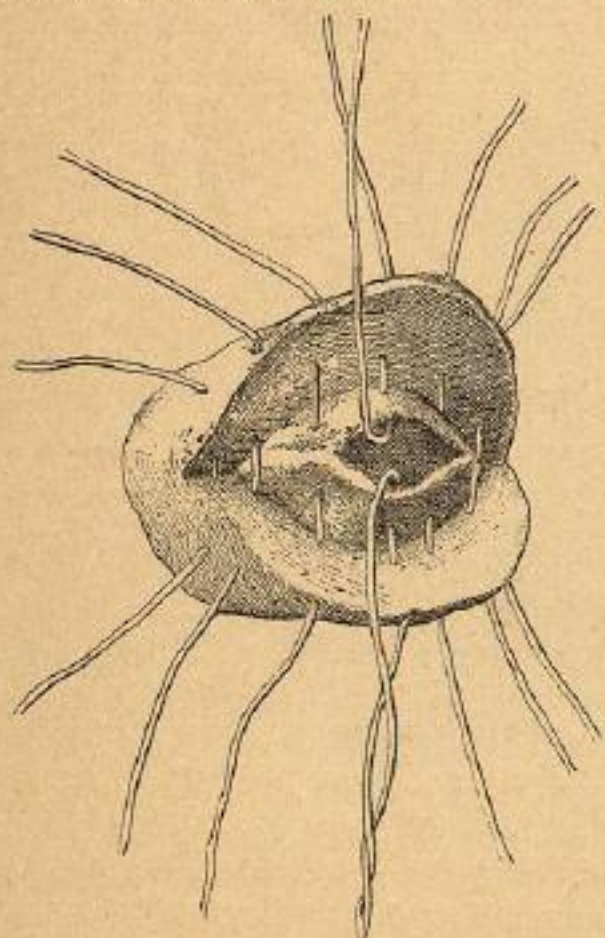


Fig. 455.



Fig. 456.

8° *Amputation du col.* — L'amputation du col sera intra-vaginale ou sus-vaginale, suivant qu'il s'agit d'une hypertrophie intra ou sus-vaginale.

a. *Amputation intra-vaginale.* — PROCÉDÉ DE SIMON ET MARKWALD. — Fig. 452. Incision du col transversalement, avec les ciseaux jusqu'au voisinage de l'insertion vaginale.

Fig. 453. Sur chaque lèvre de l'utérus, tailler avec le bistouri, deux lambeaux en forme de coin dont la coupe (fig. 454) donne exactement l'idée.

Fig. 455. Application des sutures au catgut en se conformant aux indications fournies par la figure 455.

Alors que ces sutures sont réunies on a l'aspect fourni par la figure 456.

b. *Amputation sus-vaginale.* — PROCÉDÉ DE HUGUIER. — Les deux lèvres du col étant saisies avec des pinces de Museux et attirées

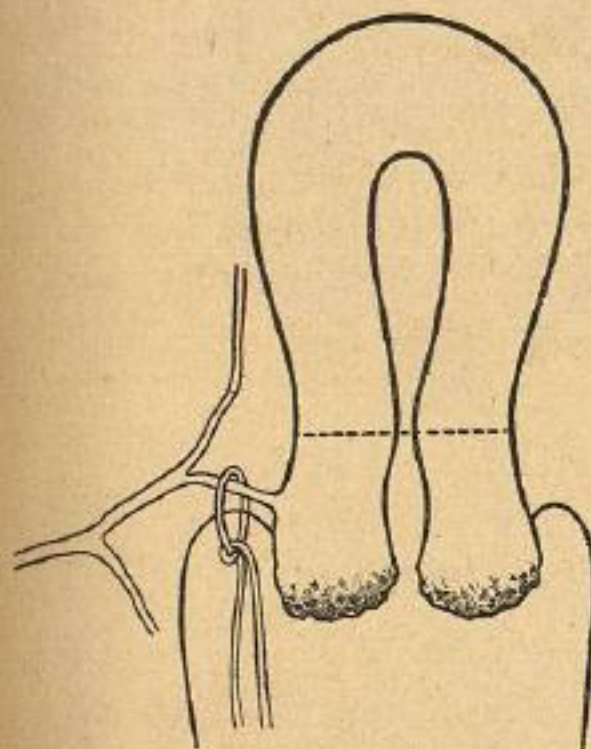


Fig. 457. — Ligature de l'artère utérine.

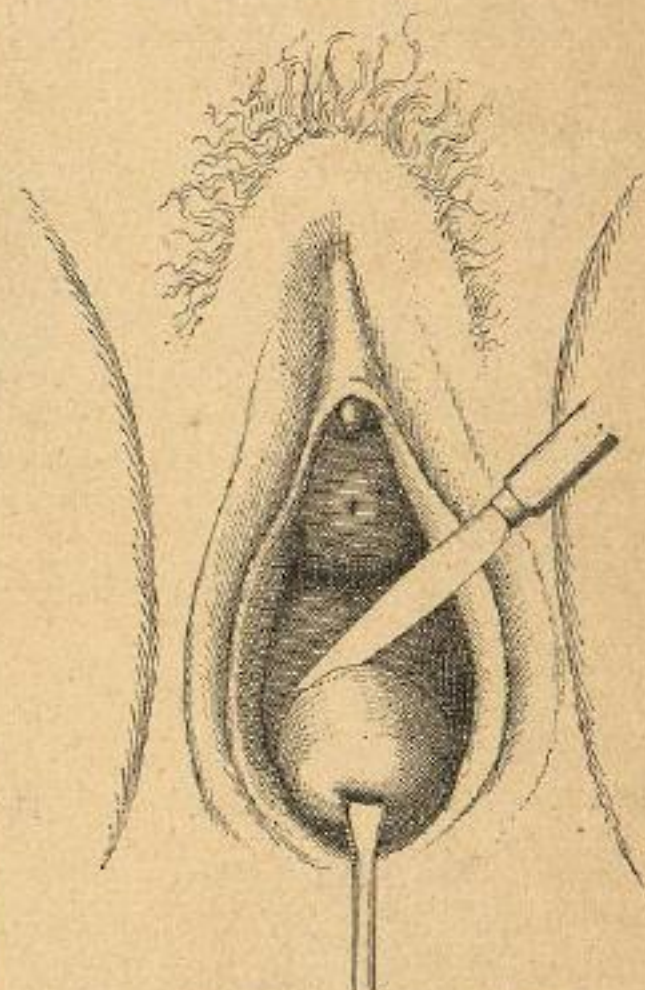


Fig. 458. — Incision du vagin.

à la vulve, on fait (fig. 457) la ligature préalable de l'utérine ou de sa branche principale à droite et à gauche du col, puis (fig. 458) on coupe circulairement la muqueuse vaginale à un bon centimètre au-dessus du bord libre du col.

La muqueuse vaginale étant circulairement incisée, on la détache avec l'ongle, de manière à libérer le col en remontant vers le corps de l'utérus (fig. 459).

On détache ainsi le col dans une étendue de 2, 3 à 4 centimètres, en soulevant la vessie en avant et le péritoine en arrière.

Quand l'adhérence devient trop intime pour permettre de libérer plus haut l'utérus, on sectionne le col perpendiculairement à son axe, comme on le ferait avec une petite guillotine (fig. 460), et avant de terminer la section en arrière on passe en avant 1 ou 2 sutures au catgut (assez fort, n° 2) comprenant la muqueuse vaginale et le col au-dessus de la section.

Les ligatures sont serrées, on finit de détacher le col avec le bistouri et on

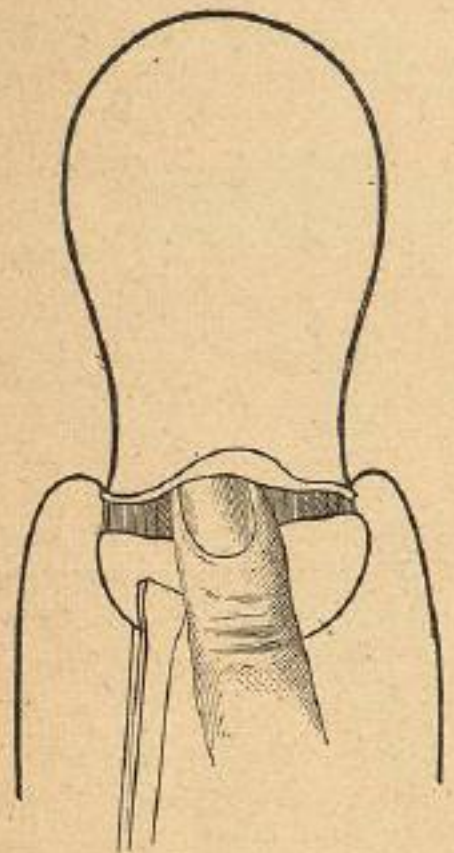


Fig. 459. — Décollement du vagin.

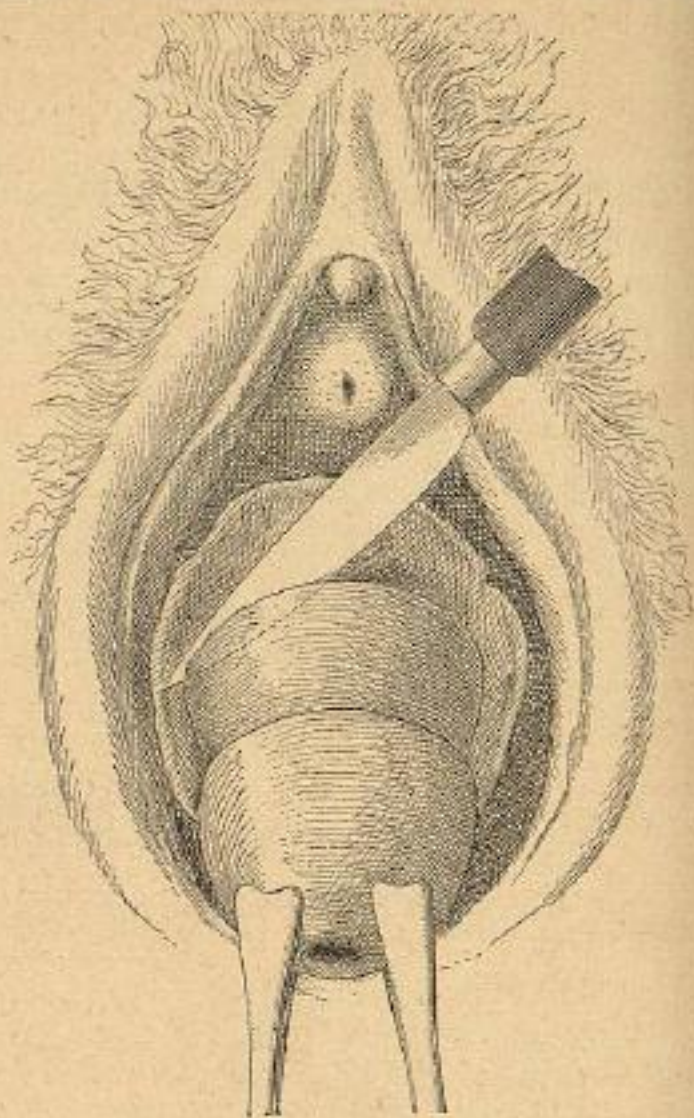


Fig. 460. — Amputation du col.

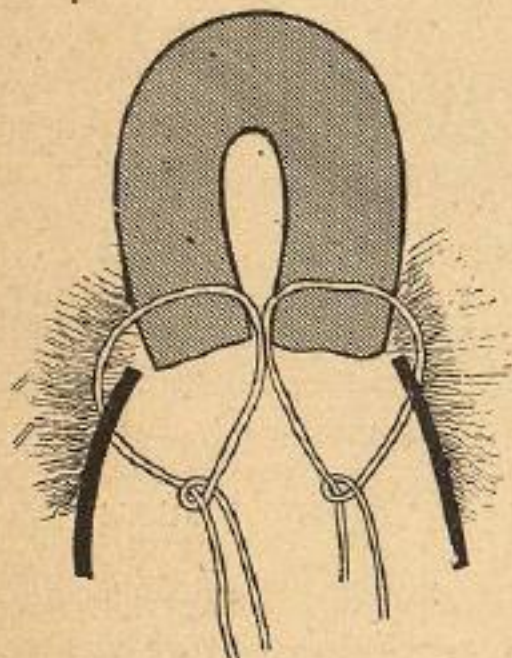


Fig. 461. — Sutures cervico-vaginales.

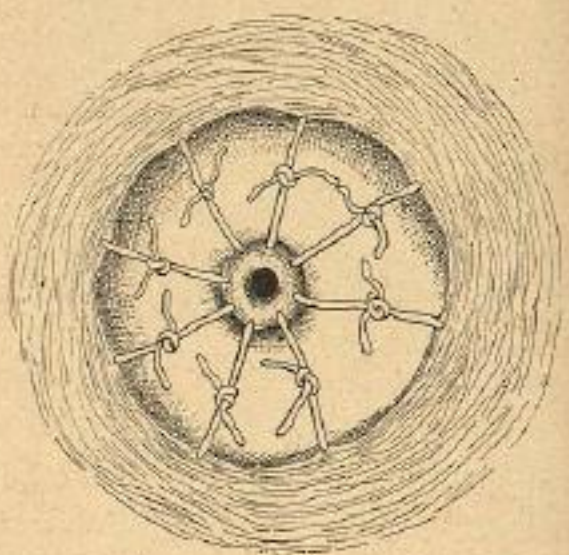


Fig. 462. — Sutures appliquées.

fait tout autour des sutures, *en rosette* (fig. 461-462), réunissant la surface de section à la paroi vaginale voisine.

Les fils sont conservés intacts, car ils serviront à abaisser l'utérus pendant la colporaphie antérieure.

9° *Hystérectomie totale*. — L'hystérectomie totale par la voie vaginale sera décrite en détail à propos du cancer de l'utérus (voir p. 504); je me contente donc de la mentionner ici, son manuel opératoire étant identique dans les deux cas.

b. *Voie abdominale*. — 1° *Hystéropexies ligamentaires intra-abdominales*. — Je désigne sous cette dénomination les diverses opérations, qui ont pour but, après laparotomie, de raccourcir soit les ligaments utéro-sacrés, soit surtout les ligaments ronds.

Ces diverses opérations ont été décrites, en détail, précédemment à propos des rétrodéviations (voir p. 409), il me suffit donc ici de les mentionner.

2° *Hystéropexie pariéto-abdominale*. — La fixation de l'utérus à la paroi abdominale ou laparo-hystéropexie a été précédemment décrite à propos des rétrodéviations (p. 405); je rappelle simplement cette opération qui s'exécute de même, alors qu'il s'agit d'un prolapsus.

3° *Cystopexie*. — La cystopexie s'applique aux cas de colpocèle antérieure compliquée de cystocèle.

Cette opération, pratiquée en France par *Tuffier*, consiste à fixer à la paroi abdominale la paroi vésicale, soit au-dessous du péritoine au voisinage de la cavité de Retzius (cystopexie intra-péritonéale), soit dans la cavité même du péritoine de même qu'on fixe l'utérus (cystopexie intra-péritonéale).

Cette opération constitue encore une curiosité sur laquelle l'expérience n'a pas prononcé.

4° *Hystérectomie*. — L'hystérectomie pratiquée par la voie abdominale peut être sus-vaginale ou totale, suivant qu'on ampute l'utérus au niveau de l'isthme, ou qu'on enlève tout l'organe en le détachant au niveau de ses insertions vaginales.

Le manuel opératoire de ces deux opérations sera étudié en détail à propos des tumeurs génitales; je me contente de les mentionner ici.

On préférera habituellement à la voie abdominale la voie vaginale, alors qu'il s'agit d'enlever l'utérus prolapsé, l'opération par la voie vaginale étant bien plus facile et moins dangereuse surtout en pareil cas.

B. — TRAITEMENT CLINIQUE

Le traitement clinique variera suivant qu'on a affaire à un pseudo-prolapsus, à un prolapsus utéro-vaginal, à un prolapsus vagino-utérin ou à un prolapsus mixte.

1° PSEUDO-PROLAPSUS

Au pseudo-prolapsus ou hypertrophie intra-vaginale du col utérin un seul

traitement est applicable, c'est l'amputation telle qu'elle a été décrite précédemment (voir p. 433).

2° PROLAPSUS UTÉRO-VAGINAL

Le traitement diffère pour le prolapsus utéro-vaginal, suivant qu'il est incomplet ou complet, c'est-à-dire suivant que l'utérus ne franchit pas l'orifice vulvo-vaginal ou au contraire arrive au dehors.

Avec un prolapsus *incomplet* le traitement est le même que s'il s'agit d'une rétrodéviations; le plus souvent ces deux déviations se combinent, l'abaissement de l'utérus amenant son renversement en arrière et réciproquement; je renvoie donc pour la thérapeutique à ce qui a été dit à propos des rétro-déviations.

Quand le prolapsus est *complet*, c'est-à-dire que le col utérin est visible à la vulve, on ne pourra hésiter qu'entre deux variétés de traitement :

- Soit l'application d'un pessaire vagino-abdominal;
- Soit l'hystéropexie pariéto-abdominale.

En principe, l'opération est préférable, et la seule qui puisse fournir un résultat sérieux est la fixation du fond de l'utérus à la paroi abdominale ou hystéropexie pariéto-abdominale.

On ne devra pas hésiter à recourir à cette opération, en l'absence de contre-indication et alors que la femme consent à l'intervention.

Quand la femme a franchi l'âge de la ménopause, on peut substituer l'hystérectomie vaginale à l'hystéropexie.

Mais si la volonté de la malade, son âge avancé, l'existence d'une maladie viscérale grave, empêchent de recourir à l'opération, on appliquera un pessaire vagino-abdominal; parmi les divers modèles conseillés à cet effet, je donne la préférence à celui qui est représenté par la figure 438 et dont les détails ont été donnés page 419.

3° PROLAPSUS VAGINO-UTÉRIN

Le seul traitement réellement efficace du prolapsus vagino-utérin, quel que soit son degré, est le traitement chirurgical, qui consiste à faire :

- Le curage;
- L'amputation sus-vaginale du col d'après la méthode de Huguier, en enlevant une portion suffisante de col, pour rendre à l'utérus sa longueur à peu près normale;
- La colporaphie antérieure;
- Enfin la colpo-périnéoraphie.

Ces diverses opérations ont été précédemment décrites en détail, je me contente de les énoncer ici.

Quand la femme a franchi la période de la ménopause, l'indication de l'hystérectomie vaginale peut être discutée, mais d'une façon générale, c'est la combinaison des opérations susdites : curage, amputation du col, colporaphie antérieure et colpo-périnéoraphie, qui donne les meilleurs résultats.

Il ne saurait être question d'hystéropexie, car l'utérus étant hypertrophié, la fixation du fond de l'utérus à la paroi abdominale n'amènerait en aucune façon la réduction désirée.

Quand le traitement opératoire ne peut être exécuté, soit parce qu'il existe une contre-indication, soit parce que la femme ne veut pas l'accepter, on essaiera l'application d'un anneau élastique, alors que le prolapsus est peu accentué, ou d'un pessaire vagino-abdominal alors qu'il est plus marqué; mais dans le premier cas la vulve s'élargissant arrivera à ne plus maintenir l'anneau qui deviendra inutile; d'autre part avec le pessaire vagino-abdominal le résultat obtenu sera faible, à cause de l'allongement de l'utérus, car ce n'est pas rentrer l'utérus qu'il faut en pareil cas, mais le raccourcir, et l'opération est seule capable d'aboutir à ce résultat.

Aussi, en dehors du traitement opératoire, la thérapeutique est-elle à peu près nulle et sera tentée plutôt pour satisfaire moralement la femme qu'avec l'espoir de lui être réellement utile.

4° PROLAPSUS-MIXTE

Le prolapsus mixte est une combinaison des deux variétés précédentes, c'est-à-dire qu'il y a à la fois :

- Abaissement et hypertrophie de l'utérus ;
- Double colpocèle.

Il ne suffit plus pour obtenir la guérison de raccourcir l'utérus et de refaire un plancher pelvien, comme pour un prolapsus vagino-utérin, ni de pratiquer l'hystéropexie pariéto-abdominale, ainsi qu'il a été conseillé pour le prolapsus utéro-vaginal; il faut, si on veut obtenir un résultat sérieux, combiner ces diverses opérations, c'est-à-dire pratiquer *d'une part* :

- Le curage ;
- L'amputation du col ;
- La colporaphie antérieure ;
- Le colpo-périnéoraphie,
- Comme pour le prolapsus vagino-utérin ;

D'autre part, recourir à l'hystéropexie, mais pour éviter d'ajouter une nouvelle opération sérieuse, car elle ouvre le péritoine, aux diverses autres précédemment exécutées, on pourrait recourir au raccourcissement inguinal des ligaments ronds (opération d'Alexander) qui suffira en pareil cas à remédier au relâchement ligamenteux ;

De telle sorte qu'on exécute, au total et dans l'ordre suivant :

- Le curage ;
- L'amputation du col ;

La colporaphie antérieure ;

La colpo-périnéoraphie ;

Le raccourcissement inguinal des ligaments ronds.

Alors que la femme a franchi la ménopause au lieu de recourir à cet ensemble opératoire un peu compliqué bien que non dangereux, il sera préférable de pratiquer l'hystérectomie vaginale totale ; l'opération est, il est vrai, un peu plus sérieuse, mais l'intervention se trouve ainsi simplifiée.

CHAPITRE VII

INVERSION UTÉRINE