

Si le pédicule est large, si l'on opère de fortes tractions, on peut amener l'inversion complète ou partielle de l'utérus et întresser l'organe. Tillaux ouvrit la cavité péritonéale et la malade succomba à la péritonite. Gosselin, dans un cas où il cherchait à opérer avec un forceps la descente d'un polype volumineux, déchira l'utérus et sa malade, comme celle de Tillaux, mourut de péritonite.

Quant aux tumeurs fibreuses sous-péritonéales, nous en parlerons plus loin à propos de l'hystérectomie abdominale.

X. — Chute de l'utérus.

L'utérus est adhérent à la vessie en avant, libre et revêtu du péritoine en arrière; sur les côtés, il tient aux ligaments larges, mais ceux-ci sont lâches et ne contribuent nullement à le fixer: on peut en dire autant des ligaments ronds. Ce qui semble donc le maintenir en place, c'est, d'une part, le péritoine pariétal antérieur, réfléchi sur sa face antérieure; d'autre part, le péritoine postérieur, qui, toutefois, ne retient directement que le vagin; mais par-dessus tout les ligaments postérieurs ou utéro-sacrés, qui se tendent comme deux cordes lorsqu'on attire en bas l'utérus. Quand cet organe est précipité au point de dépasser la vulve, il a entraîné avec lui la vessie et le péritoine, décollé le vagin du rectum, et tellement distendu les ligaments, qu'ils ne peuvent guère reprendre leur ressort sinon chez de jeunes sujets; il est donc bien difficile d'espérer une guérison radicale.

Le traitement palliatif consiste d'abord à reporter l'utérus dans le bassin, lorsqu'il en est sorti; après quoi on le maintient généralement par l'application d'un pessaire. Mais le pessaire étant fort incommode et trop souvent inefficace, on a essayé de retenir au moins l'utérus à l'intérieur, en rétrécissant ou en oblitérant, soit la vulve, soit la partie inférieure du vagin.

Fricke (de Hambourg) a avivé et réuni par suture la face interne des grandes lèvres: ce qu'il appelait l'*épisioraphie*.

Dieffenbach a tenté l'excision de quelques plis de l'orifice du vagin. Malgaigne a enlevé la muqueuse sur toute la moitié postérieure de cet orifice, et cherché à obtenir l'adhésion par suture.

Marshall-Hall, remontant plus haut, a voulu rétrécir le vagin tout entier, en enlevant sur la face antérieure de la tumeur descendue un lambeau de 4 centimètres de largeur, depuis le col utérin jusqu'à l'orifice extérieur, et réunissant la plaie par suture. Romain Girardin avait proposé de rétrécir ou même d'oblitérer le vagin par la cautérisation; Laugier a essayé à cet effet le ni-

trate acide de mercure, Velpeau le fer rouge. Plus tard R. Girardin a poursuivi le même but à l'aide du bistouri, en enlevant la muqueuse vaginale dans toute sa circonférence et sur une hauteur de 4 centimètres.

Sauf l'oblitération complète du vagin, restée jusqu'ici à l'état de théorie, du moins pour les chutes de l'utérus, tous ces procédés ont été appliqués sur le vivant; et là où ils ont le mieux réussi, ils ont retenu pour un temps la matrice à l'intérieur, mais la chute n'a pas tardé à se reproduire. A. Bérard avait présenté à l'Académie une femme chez qui, depuis trois mois déjà, l'utérus était resté bien contenu; deux mois plus tard le prolapsus avait reparu. Desgranges espérait obtenir la cure radicale tout en conservant la forme du vagin, qu'il prétendait fixer dans la position normale par des adhérences accidentelles. Pour y arriver il implantait dans la paroi vaginale des serre-fines très fortes, qui finissaient par ulcérer le pli de tissus qu'elles embrassaient et tombaient du cinquième au dixième jour. Les premières serre-fines tombées on en appliquait d'autres et le traitement durait de deux à trois mois. Ce procédé n'agit guère autrement que la cautérisation et l'excision de la muqueuse et il est à croire qu'il ne donnait pas de résultats durables, puisque Desgranges l'avait remplacé par la cautérisation. Les méthodes employées ont pour but de s'opposer à la chute de l'utérus: 1° en combattant la rectocèle ou la cystocèle par le rétrécissement de la paroi vaginale; 2° en empêchant la sortie de l'utérus par le rétrécissement de l'orifice vulvaire, ou simultanément de la vulve et de la paroi postérieure du vagin; 3° en s'opposant à la descente de l'utérus par la suture de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin; 4° en raccourcissant les ligaments ronds; 5° en fixant l'utérus à la paroi abdominale; 6° en pratiquant l'ablation de l'utérus.

1° RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN. A. *Cautérisation. Procédé de Desgranges.* — Au procédé décrit plus haut, Desgranges a substitué le procédé suivant: Il emploie des pinces analogues aux pinces à phimosis dont les mors sont creusés d'un sillon de deux centimètres de largeur, assez profond pour loger du chlorure de zinc. On saisit avec les pinces un pli du vagin dont on obtient ainsi la cautérisation. La chute de l'eschare et la cicatrisation rétrécissent le vagin. Desgranges dit avoir eu par ce procédé quelques guérisons durables.

B. *Excision et suture de la paroi vaginale. Procédé de Jobert (de Lamballe).* — Il consiste à enlever sur la paroi anté-

rière du vagin deux lambeaux de muqueuse, mais à une certaine distance l'un de l'autre, en laissant entre eux une portion du vagin non avivée. En affrontant les surfaces cruentées, et en les réunissant par la suture on forme donc un pli permanent qui rétrécit d'autant le vagin. Dans ses premières opérations Jobert fit ses avivements transversalement, diminuant ainsi la hauteur du vagin; dans les deux dernières il fit l'avivement longitudinalement, ce qui eut pour résultat le rétrécissement du calibre du vagin.

C. *Procédé d'Hegar et Kattenbach.* — On fait à l'aide de deux ou trois pinces un pli longitudinal sur la paroi vaginale antérieure. Le plus élevé de ces instruments est placé à un centimètre environ du col; le plus inférieur à trois centimètres de l'ouverture urétrale. En soulevant ce pli, on place derrière les pinces un clamp ou une pince à forcipressure, puis on traverse la base du pli avec des sutures transversales, et enfin un bistouri glissé entre la face postérieure du clamp et les fils excise le pli de muqueuse saisi par le clamp. Il reste alors une large surface avivée dont les bords sont amenés au contact et réunis par le serrement des points de suture.

D. *Procédé de Sims.* — A l'imitation de Jobert, Sims pratique sur la paroi antérieure du vagin deux avivements espacés en haut vers l'utérus se réunissant en bas vers la vulve et ayant, par l'adjonction de deux légers avivements transversalement placés vers le haut des deux incisions divergentes, la forme d'un fer à cheval ou d'un V.

L'adossement des surfaces avivées produit donc une sorte de poche ouverte en haut; et dans un cas le col s'étant engagé dans cette ouverture, ce qui produisit des douleurs qui ne disparurent qu'après le dégagement du col, Emmet modifia le procédé en fermant complètement la base du triangle.

E. *Procédé d'Emmet.* — C'est une modification de son premier procédé. Il soulève avec un tenaculum un pli sur la ligne médiane de la paroi antérieure du vagin, et assez près du col, avec des ciseaux, il excise la muqueuse saisie; à un centimètre et demi à gauche, il soulève et excise un pli semblable et il en fait autant à droite. On a ainsi trois surfaces avivées: l'une médiane, les deux autres latérales.

Un fil est passé sur l'avivement de droite et reparait dans le vagin, pour s'enfoncer de nouveau dans l'avivement médian, reparaitre, pour traverser la paroi sous l'avivement de gauche. En

serrant et tordant les extrémités du fil, les deux avivements latéraux se mettent en contact avec l'avivement médian et le vagin forme deux plis s'adossant sur la ligne médiane. On continue ainsi les avivements et les sutures jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'orifice vaginal.

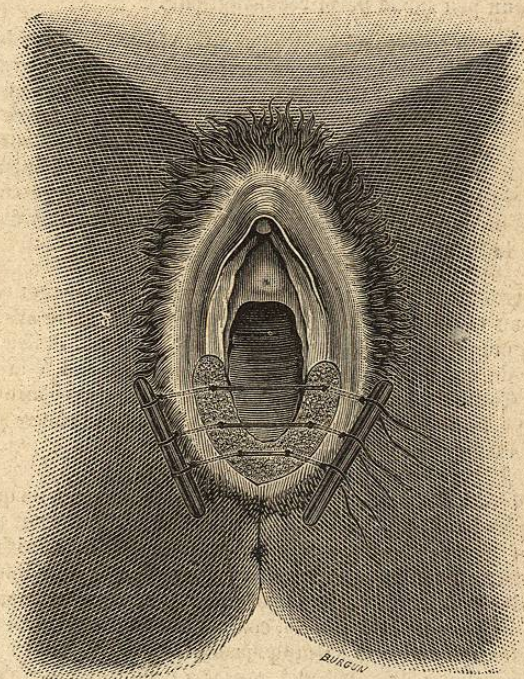


FIG. 776.

Procédé de Baker-Brown.

2° RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE VULVAIRE. — *Procédé de Baker-Brown.* — Au lieu d'agir seulement sur la face postérieure des grandes lèvres, comme le fit, le premier, Fricke (de Hambourg), Baker-Brown fait porter l'avivement jusque sur la fourchette et les parties voisines du périnée. Il enlève sur la partie postérieure de la vulve un lambeau en fer à cheval et réunit les parties avivées par une suture profonde enchevillée (fig. 776) et par des

points de suture entrecoupés (non représentés dans la figure) réunissant les parties superficielles.

Kuchler de Darmstadt pratique l'opération d'une façon analogue, mais il remonte plus haut sur les côtés de la vulve, jusqu'après de l'ouverture de l'urèthre, en même temps qu'il empie un peu sur la paroi recto-vaginale.

Th. Anger a transporté à cette opération le procédé par dédoublement. Il fait une incision en arrière des grandes lèvres sur tout le pourtour de l'orifice vulvaire, sauf au niveau du méat. Puis il dissèque et décolle la muqueuse vaginale dont il forme une sorte de lambeau flottant à peu près circulaire. Ces lambeaux sont réunis par trois ou quatre points de suture, et en refoulant en arrière ces lambeaux, il reste en avant une assez large surface cruentée qu'on réunit par deux étages de suture comme dans le procédé de Baker-Brown.

3° RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE VULVAIRE ET DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN. A. *Procédé de Simon*. — On soulève avec une pince la muqueuse de la paroi postérieure du vagin, et l'on trace à partir de ce point un triangle dont la base répond à la fourchette. Toute la muqueuse vaginale comprise dans l'aire de ce triangle est enlevée, et l'on réunit par des points de suture placés comme l'indique la figure 777.

B. *Procédés d'Emmet*. — On peut en compter deux. L'un que j'ai décrit plus haut et qu'Emmet donne comme applicable aux déchirures du périnée n'allant pas jusqu'au sphincter. Il devrait plutôt figurer ici, car son but et son effet est de rétrécir l'orifice inférieur de la vulve et la paroi vaginale postérieure. L'autre est décrit par Emmet à propos de la rectocèle, compliquée ou non de prolapsus. Il consiste à dénuder de sa muqueuse la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin et à passer à droite et à gauche des points de suture dont le trajet assez compliqué est le suivant. Un fil introduit sur le bord latéral du vagin descend en longeant ce bord jusqu'à la fourchette dans l'épaisseur de la paroi vaginale avivée. Arrivé aux environs de la fourchette et sans reparaitre à l'extérieur, ce fil remonte jusqu'à la partie non avivée de la cloison vaginale et reparait à l'extérieur. En tirant sur les deux chefs du fil on rapproche la fourchette de la partie non avivée de la paroi vaginale postérieure en plissant sur elle-même cette paroi. Quatre fils sont ainsi appliqués de chaque côté. Enfin on en applique un dernier, unique de son espèce, lequel pénétrant dans la partie

moyenne de la grande lèvre droite qu'il traverse, reparait dans le vagin, s'enfonce sous la partie supérieure de l'avivement vaginal, reparait après un trajet d'un centimètre et va ensuite traverser la grande lèvre gauche. C'est le même fil que celui qui figure (sous les lettres D C, fig. 756) dans le procédé applicable aux déchirures périnéales.

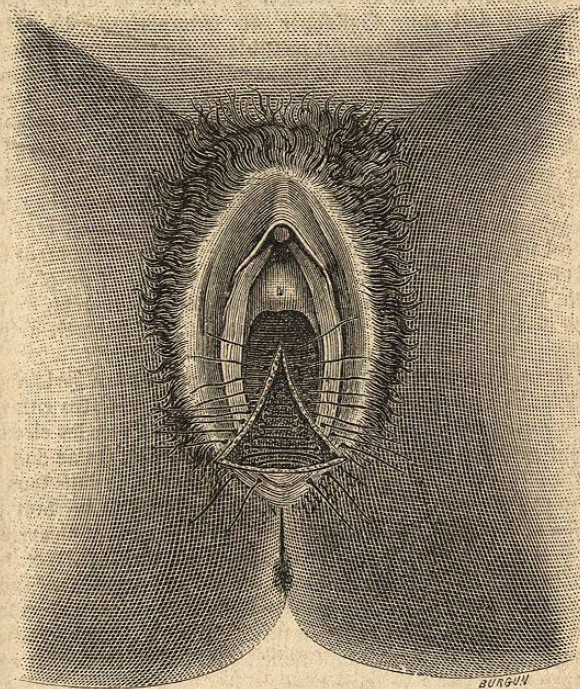


FIG. 777.

Procédé de Simon.

4° CLOISONNEMENT DU VAGIN. *Procédé de Léon Le Fort*. — La malade est placée dans le décubitus dorsal, et dans la position du spéculum. L'utérus étant à l'extérieur de la vulve, je fais sur la paroi antérieure du vagin quatre incisions limitant un lambeau de muqueuse ayant en général de quatre à cinq centi-

mètres de longueur sur un et demi de largeur. Ce lambeau commence à trois ou quatre centimètres de l'orifice de l'urèthre, car il importe que la partie la plus inférieure de la cloison (lorsque l'utérus aura été remis en position) réponde à l'entrée du vagin, afin de s'opposer à la reproduction de la cystocèle et de la rectocèle.

Pour mieux juger de la place où doit être pratiqué l'avivement, j'ai l'habitude, avant de commencer l'opération et lorsque la femme est déjà sous l'influence du chloroforme, de réduire l'utérus le plus complètement possible et de faire une petite incision transversale au point où les parois antérieure et postérieure se mettent en contact à l'entrée du vagin; ces deux petites incisions marqueront les limites extrêmes de l'un et de l'autre avivement.

Un centimètre et demi est la largeur qui convient le mieux pour l'avivement. Si cette largeur est moindre, la cloison sera trop mince et la réunion aura moins de chance de s'effectuer; si elle est notablement plus forte, il y aura un rétrécissement trop considérable des deux conduits vaginaux accolés et de plus, les fils de la suture n'arrivant pas au centre de l'avivement, on risquera de voir la réunion manquer au centre de la partie avivée, car les bords seuls auront été accolés.

Il est prudent de dessiner tout d'abord par quatre incisions le quadrilatère dans l'aire duquel la muqueuse devra être enlevée. L'avivement peut se pratiquer avec le bistouri ou avec les ciseaux, suivant les habitudes personnelles de l'opérateur. On ne doit enlever que la partie superficielle de la muqueuse et dans tous les cas ne pas dépasser l'épaisseur de la muqueuse. Il ne faut pas oublier en effet que le péritoine n'est pas loin, surtout en arrière, et il faut craindre, si l'on fait un avivement trop épais et trop profond, que l'inflammation du tissu cellulaire intermédiaire ne se propage jusqu'au péritoine. Du reste, un avivement trop profond ouvre les vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire et amène un écoulement de sang gênant pour l'opérateur et qui peut compromettre le succès de la réunion.

Après avoir pratiqué l'avivement antérieur on pratique l'avivement postérieur de la même manière, et dans une étendue correspondante.

Il y a rarement, très rarement lieu de placer un fil sur un vaisseau ouvert. Si l'écoulement du sang est un peu abondant, il suffit, une fois les avivements effectués, de réduire l'utérus et de placer dans le vagin une éponge imbibée d'une légère solution phéniquée.

On procède ensuite à la suture. Elle doit être faite de manière à ce que les fils des bords droit et gauche se rencontrent à peu près au centre de l'avivement. Si on les plaçait trop près des bords, on risquerait de ne pas amener l'affrontement exact du

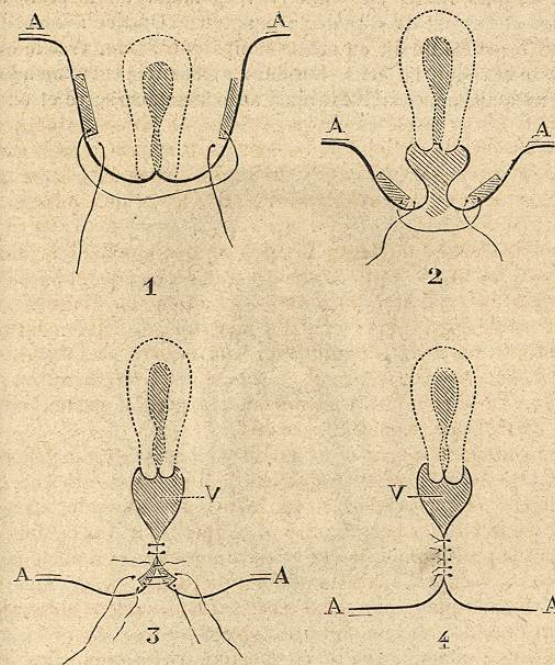


FIG. 778.

SCHEMA DU CLOISONNEMENT DU VAGIN.

A. Niveau de l'orifice vulvaire. — 1, Premier point de suture. L'utérus est en prolapsus. — 2, Le fil rapproche les surfaces avivées, la réduction commence et le vagin V commence à se reformer. — 3, Une partie des surfaces avivées est suturée, le vagin est presque reconstitué. — 4, L'opération est terminée, l'utérus est complètement réduit et le vagin reconstitué au-dessus de la cloison résultant de la suture.

milieu de la plaie, il pourrait s'y amasser un peu de sang et la réussite de la suture serait compromise. Le premier fil est placé à l'un des angles (le droit par exemple) de la plaie postérieure,

angle formé par l'incision la plus inférieure, c'est-à-dire la plus près du col utérin et une des incisions longitudinales. L'aiguille est introduite par la muqueuse à cinq millimètres de la plaie, ressort à cinq ou six millimètres de ce bord sur la surface avivée (fig. 778) puis rentre au point correspondant de la plaie antérieure et ressort du côté de la muqueuse. On tire avec précaution sur les chefs du fil, en même temps que l'aide, avec le doigt, repousse et réduit l'utérus. Les deux extrémités correspondantes des deux avivements arrivent ainsi au contact. On serre et on tord

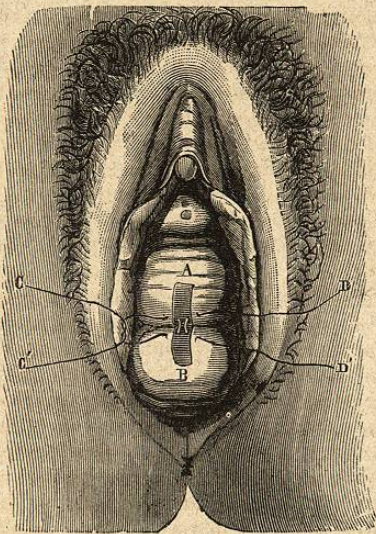


FIG. 779.

CLOISONNEMENT DU VAGIN.

A, Paroi antérieure du vagin. — B, Paroi postérieure. — C C', Un fil du côté gauche. — D D', Fil du côté droit.

le fil, mais on ne le coupe pas. On place de la même façon un fil sur l'angle gauche et on serre, toujours sans le couper. Ces fils sont confiés à un aide qui les retient, car si on les coupait, on serait exposé à voir l'utérus se réduire tout à fait avant que les sutures soient faites. On place alors à droite et à gauche deux sutures sur

les bords de la plaie. On les serre, on ne les coupe pas; mais on coupe les chefs des deux premiers fils placés. On continue ainsi, toujours en ne coupant les chefs des fils que lorsque la suture supérieure est placée et serrée, et l'on arrive ainsi jusqu'au bord de l'avivement le plus rapproché de l'urèthre et de l'anus. Ce bord, qui au début de l'opération était le supérieur, est devenu l'inférieur, par suite de la réduction de l'utérus, de la rectocèle et de la cystocèle. L'opération terminée, je fais dans le vagin une injection d'eau alcoolisée, mais je n'applique ni pansement, ni bandage. Je ne fais d'injection, sauf indication spéciale, qu'au bout de huit à dix jours et je ne retire les fils que vers la troisième semaine, lorsque la réunion est assez solide pour que je n'aie plus à craindre de détruire en tirant sur elle la cloison formée par l'adossement et la soudure des parois vaginales.

Après ma première opération, dans laquelle la suture fut faite avec des fils d'argent, éprouvant quelque difficulté pour les retirer, j'eus l'idée d'employer les fils de soie fins, pensant qu'à la rigueur on pourrait abandonner à eux-mêmes les plus profonds. L'idée était peu heureuse, les fils de soie, de catgut même irritant beaucoup plus fort que les fils d'argent, et j'ai attribué à leur emploi les rares succès que j'ai rencontrés.

5° RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS ROUNDS. *Opération d'Alexander.* — J'ai dit plus haut que lorsque Alquié imagina cette opération, c'était surtout dans le but de remédier à un prolapsus utérin, et c'est aussi dans un cas de prolapsus que l'opération fut tentée pour la première fois par Deneffe (de Gand) en 1865; je dis tentée, car l'atrophie des ligaments ne permit pas de terminer l'opération. Je ne la crois pas du reste applicable au prolapsus. La résistance des ligaments ronds, raccourcis et suturés, peut être suffisante pour retenir en situation un utérus rétroversé et redressé pendant l'opération; mais cette résistance sera insuffisante pour supporter le poids de tout l'organe que ne soutient plus suffisamment le plancher pelvien et que les parois vaginales relâchées à l'état de cystocèle ou de rectocèle attirent incessamment vers la vulve.

6° HYSTÉRRORRAPHIE. — J'ai parlé plus haut de l'hystérorraphie employée contre la rétroflexion utérine. En 1886 Olshausen, pour remédier à un prolapsus, ouvrit l'abdomen et fixa l'utérus à la partie inférieure de la plaie abdominale au moyen de fils de crin de Florence passés dans le pédicule de l'ovaire en dehors des cornes utérines. En 1888 John Philips répéta l'opération,

qui fut faite deux fois en France par Terrier en passant les fils dans le tissu même de l'utérus, et une fois par Polaillon.

7^e ABLATION DE L'UTÉRUS. — Elle a été plusieurs fois pratiquée à une époque où il n'existait guère d'opération permettant de combattre le prolapsus, ou dans des cas où l'utérus était irrédue-tible. Elle ne saurait être qu'une opération de nécessité.

Appréciation. — Le traitement palliatif par les pessaires est celui qui doit être employé tout d'abord, puisqu'il ne s'agit que d'une infirmité à laquelle ce pessaire suffit souvent à remédier, et j'ai plusieurs fois réussi à maintenir l'utérus suffisamment réduit à l'aide des pessaires élastiques de Gueralde et de Dumont-Pallier. Malheureusement, ce traitement palliatif est assez souvent insuffisant, ou bien il est repoussé par les malades. On est donc obligé d'en arriver à une opération chirurgicale.

Les divers procédés que je viens de passer en revue ne remplissent pas le but et ne répondent pas aux indications thérapeutiques. Bien qu'on puisse arguer de quelques succès, au moins temporaires, les procédés basés sur la cautérisation sont insuffisants lorsqu'il s'agit d'un cas sérieux de chute de l'utérus. L'excision de la paroi antérieure seule (procédés de Jobert, de Sims, d'Emmet, d'Hegar) est également insuffisante, et le prolapsus, de l'aveu même d'Emmet, se reproduit si on n'a pas en même temps agi sur la paroi postérieure. L'excision de la paroi postérieure, aidée de l'excision et de la réunion de l'angle postérieur de la vulve (procédés de Simon, Baker-Brown, Emmet) ne donnent que des guérisons temporaires. L'utérus prolabé agit comme un coin, écarte l'orifice vulvaire rétréci, le dilate et l'utérus sort de nouveau à l'extérieur. Les procédés de Kuchler, de Th. Anger peuvent suffire pour retenir l'utérus dans le vagin; mais ils ont d'autres inconvénients. La copulation est devenue très difficile, les liquides vaginaux s'accumulent derrière l'écran vulvaire et l'utérus pèse sur l'obstacle qu'on oppose à sa sortie. Enfin il est des cas où l'on a cru devoir pratiquer l'ablation de l'utérus. C'est une ressource extrême qui n'est acceptable que dans des cas exceptionnels; ceux dans lesquels l'utérus, depuis longtemps sorti, a acquis un volume tel qu'on ne peut arriver à lui faire repasser la vulve. En dehors de ces cas, je n'accepte pas l'ablation de l'utérus. Il y a plus, même l'ablation de l'utérus peut ne pas remédier au mal. Dans un cas de prolapsus complet, Richelot fit l'ablation de l'utérus. La cicatrisation opérée, il se fit un prolapsus des parois vaginales antérieures et postérieures

tel qu'il fallut intervenir, et Richelot guérit sa malade en lui pratiquant mon opération de cloisonnement du vagin.

L'hystérorraphie est une opération que je repousse. Elle est plus dangereuse que toutes les autres, et le respect que l'on doit avoir de la vie humaine ne permet pas de faire courir à une malade de sérieuses chances de mort pour remédier à une simple infirmité qu'on peut combattre efficacement dans les cas graves par le cloisonnement du vagin et dans les cas plus graves encore par le rétrécissement de l'orifice vulvaire. Le prolapsus est le plus souvent la suite d'une rectocèle et d'une cystocèle; une simple suture de l'utérus à la paroi abdominale paraît insuffisante pour remédier au défaut de résistance du plancher du bassin, qu'arriverait-il du reste, en cas de grossesse, d'un utérus ainsi fixé? on ne peut encore le savoir; mais on peut prévoir de graves inconvénients, sinon même des dangers. Les faits d'ailleurs sont loin d'être favorables à l'opération. Dans le cas d'Oishausen, cité par Pozzi, le prolapsus se reproduisit au bout de quelques jours. Les deux cas de Terrier sont encore trop récents pour qu'on puisse les regarder comme démonstratifs; la malade de Polaillon a succombé à une péritonite. D'ailleurs, même en laissant de côté les dangers de l'opération, il est à craindre que de simples adhérences à la paroi abdominale ne puissent suffire à soutenir le poids de l'utérus. En définitive, aucun des procédés que je viens d'examiner ne donne un moyen quelque peu certain de guérir le prolapsus. Or, lorsqu'on examine ce qui se passe dans la grande majorité des cas, on voit que le prolapsus n'est possible que si les parois antérieures et postérieures du vagin se déplissent, s'écartent et s'appliquent sur les faces correspondantes de l'utérus prolabé. Il me parut que si, par un moyen quelconque, on empêchait ces parois de se déplisser, de s'écarter, on préviendrait le prolapsus complet; c'est pour cela que je songeai à les réunir par une cloison verticale et médiane. Sans doute, en agissant ainsi, je pouvais retenir l'utérus, mais on pouvait craindre que le cloisonnement du vagin ne devint un obstacle sérieux aux rapports sexuels. Les nombreux exemples rapportés dans mon mémoire de 1863 sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin montrent que le cloisonnement du vagin gêne si peu le coït que cette anomalie resta ignorée de beaucoup de femmes qui en étaient atteintes et qu'elle ne fait même pas obstacle à l'accouchement. Les faits ont justifié mes prévisions. On verra dans une thèse que doit publier prochainement un de mes élèves, M. André, que plusieurs de mes opérées avouent que le cloisonnement ne les gêne en aucune façon, dans les rapports sexuels. Il y a plus, l'une

d'elles, et qui est une de mes plus anciennes opérées, est devenue enceinte et a pu facilement accoucher sans accident; le médecin appelé auprès d'elle s'est contenté de sectionner, avec des ciseaux, la mince cloison formant bride. Après l'accouchement il se reproduisit un peu de cystocèle, mais le prolapsus ne se reproduisit pas. Cette femme est aujourd'hui enceinte de deux mois; nous verrons comment se passera son second accouchement. Ce sont ces circonstances qui me font repousser le cloisonnement transversal de Neugebauer, ou les larges avivements pratiqués par quelques-uns de ceux qui ont adopté mon opération. Je n'ai pas observé de récurrence de prolapsus après le cloisonnement, et jusqu'à présent aucun de mes collègues ne m'en a signalé.

XI. — De l'allongement hypertrophique du col utérin.

Cet allongement se présente sous deux formes bien distinctes, selon qu'il affecte la portion sous-vaginale du col ou sa portion sus-vaginale.

1° Allongement de la portion sous-vaginale. — Dans ce cas, le col s'allonge jusqu'à la vulve et même au-dessous, en laissant le cul-de-sac du vagin à sa hauteur à peu près normale. Le coït est alors à peine possible; Malgaigne a vu cependant un cas où le mari désespéré s'était frayé la route dans le col même; la femme était enceinte, et le col béant au dehors admettait facilement le doigt. Mais généralement, pour rendre à la femme sa fécondité, il faut enlever la partie exubérante du col.

Procédé opératoire. — On attire légèrement le col au dehors avec des pinces de Museux, on écarte les parois du vagin avec un spéculum bivalve ou une simple gouttière, et l'on coupe le col en travers avec un couteau ou des ciseaux courbes sur le plat, au-dessous de l'insertion du vagin, et en lui laissant à peu près sa longueur naturelle.

On ne peut pas toujours amener le col à la vulve, et l'opération avec les ciseaux ou le bistouri deviendrait plus difficile. On peut, dans ces cas, employer l'écraseur linéaire ou l'anse galvanique. Si l'on s'est servi du bistouri ou des ciseaux, on peut, à l'exemple de Sims, chercher la réunion immédiate en ramenant sur la surface de section la muqueuse vaginale du col qui forme la circonférence de la plaie. Sims se contente de passer quatre fils d'argent

d'un bord à l'autre de la muqueuse, pour les attirer et les réunir transversalement au niveau de l'orifice du col. Hegar, pour mieux assurer la réunion, passe son fil de l'extérieur du col à l'intérieur, le fait sortir au niveau de l'orifice, et, en rapprochant ses deux extrémités, ourle en quelque sorte la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine. J'ai eu assez souvent l'occasion de pratiquer cette opération, et pour éviter toute hémorrhagie, j'ai appliqué soit l'écraseur, soit l'anse galvano-caustique. Je n'ai fait aucune suture, appliqué aucun pansement et la guérison presque toujours rapide a amené, par rétraction de la cicatrice, la muqueuse vaginale au contact de la muqueuse cervico-utérine.

2° Allongement de la portion sus-vaginale. — Cet allongement est quelquefois tel que la longueur totale de l'utérus varie de 11 à 24 centimètres, bien que le corps conserve ordinairement son volume normal; la portion sous-vaginale ne fait presque plus de saillie, le vagin étant refoulé près du museau de tanche, et elle est habituellement le siège d'une hypertrophie dans le sens de son épaisseur; de telle sorte que la tumeur hors de la vulve se présente sous la forme d'un cône renversé.

Ici donc la portion hypertrophiée en longueur est située au-dessus de l'insertion du vagin, et celle-ci doit être détruite pour porter le bistouri aussi haut qu'il est nécessaire; aussi l'opération est beaucoup plus délicate que dans le cas précédent. Nous avons vu précédemment que le péritoine est fort éloigné en avant de l'insertion du vagin, mais qu'immédiatement au-dessus la vessie est adossée à l'utérus; en arrière, le péritoine descend sur le vagin, jusqu'à 3 et même 5 centimètres au-dessous de son insertion à l'utérus. Il ne faut pas oublier non plus que, pour l'ordinaire, cette sorte d'allongement s'accompagne d'un certain degré d'abaissement de l'utérus.

Procédé de Huguier. — La malade placée comme pour la taille, le chirurgien saisit avec des pinces de Museux l'extrémité inférieure du col ou sa lèvre postérieure, et attire modérément la tumeur en haut et en avant pour tendre la paroi postérieure du vagin. Il porte ensuite l'indicateur gauche dans le rectum, pour reconnaître la situation du cul-de-sac péritonéal, et y appuyer sa pulpe autant que possible; et il pratique à la partie postérieure de la tumeur une incision semi-lunaire à concavité supérieure, qui doit embrasser la moitié du museau de tanche. Il faut que le bistouri longe l'insertion du vagin au col et ne remonte pas plus haut, de peur du péritoine; il est bon aussi de diriger le tranchant en haut et en avant pour s'en écarter encore davantage.