

lésion consiste dans le rétrécissement de l'ouverture vaginale élargie.

Le relâchement des ligaments utéro-sacrés est suivi d'un déplacement du col en bas, dans le vagin, et de celui de l'utérus en arrière. L'affection n'est nullement justiciable de l'opération; seuls, les pessaires sont indiqués.

Le relâchement des ligaments larges provoque un déplacement en arrière du fond de l'utérus, rétro-position ou rétro-flexion. La guérison s'obtient souvent au moyen d'un pessaire ou d'un autre mode de soutien vaginal, qui reporte le col en arrière dans le bassin.

Il arrive que toutes les tentatives faites par le vagin et le rectum échouent. Dans ces conditions, l'hystérorraphie se montrera des plus efficaces.

Les conclusions seront donc les suivantes :

Tous les appareils de support utérin doivent être essayés dans tous les cas de déplacement. Lorsque plusieurs facteurs s'associent pour produire le déplacement, on s'adressera d'abord au diaphragme pelvien et aux ligaments utéro-sacrés pour leur rendre un fonctionnement normal; puis, si le traitement intra-pubien n'aboutit pas, à l'hystérorraphie sus-pubienne. Celle-ci consiste à fixer l'utérus, par sa face antérieure, à la paroi abdominale. La méthode employée est celle de la fixation des ligaments ronds, qui reporte l'utérus dans une antéflexion fort marquée.

Plusieurs cas ont été traités d'après cette méthode, qui permet la chute de l'organe dans le bassin par distention des ligaments, mais pas le déplacement postérieur du *fond de l'utérus*. Par une incision abdominale de quelques centimètres, on passe les doigts derrière la matrice, dont on détache les adhérences qui la relient au plancher ou aux parois du bassin; en entraînant ensuite en avant le fond de l'utérus, on découvre le ligament ovarique, surtout si l'on saisit l'ovaire et la trompe; puis un conducteur est passé en dessous du ligament, et les trois sutures, auxquelles on a fait traverser le péritoine pariétal aussitôt que la cavité a été ouverte, sont conduites, au moyen de cet instrument, autour du ligament en question. Il faut avoir soin de ne pas les nouer avant d'avoir appliqué la même manœuvre à celui de l'autre côté. Les sutures portent sur la partie moyenne du ligament et sont fixées au péritoine pariétal au niveau de l'incision abdominale. On ne fait les nœuds qu'après avoir remis en place les ovaires et les trompes, et s'être assuré, au moyen des doigts, que l'intestin ou l'épiploon est resté libre; on ferme finalement l'incision.

Cette méthode fixe ainsi l'utérus dans une position prononcée d'antéflexion, que la pression intra-abdominale tend d'ailleurs à augmenter, de façon à prévenir la reproduction consécutive du déplacement primitif. En tous cas, les opérations plastiques ordinaires de colpo et de périnéorraphie doivent précéder la lapa-