

deux ou trois doigts de la main gauche et l'on pousse le col en arrière, tandis que la main droite, déprimant les parois abdominales au-dessus du pubis, va saisir le corps et le ramène en avant en antéversion. Il faut, en effet, exagérer la nouvelle position pour combattre efficacement la tendance de l'organe à la rétroflexion. On facilite beaucoup cette manœuvre en fixant le col avec des pinces et en l'attirant légèrement en bas<sup>1</sup>.

Dans les cas difficiles, Schultze<sup>2</sup> a préconisé l'introduction de l'index dans la cavité utérine préalablement dilatée; grâce à l'action qu'il exerce ainsi directement sur le tissu utérin, il déchire par des tractions énergiques les adhérences postérieures qui s'opposent à la réduction. Il décrit minutieusement la façon de libérer l'utérus des pseudo-ligaments ou adhérences funiculaires qui le fixent en arrière et latéralement ou les adhérences en surface, à la paroi antérieure du rectum. Grâce à l'anesthésie, on peut aussi sentir les ovaires, et il affirme qu'on arrive à détruire leurs adhérences. Cette manœuvre hardie a trouvé des imitateurs, mais a aussi soulevé des oppositions (Schröder). Il est incontestable que Schultze en a obtenu de très remarquables succès; mais s'il existe de l'inflammation des trompes, elle peut leur donner un coup de fouet redoutable et elle me paraît alors véritablement dangereuse.

Réduction  
avec la sonde.

3° Réduction avec la sonde. — C'est la méthode la plus généralement employée, et Schultze lui-même la préconise dans le cas où les adhérences à vaincre n'offrent pas une résistance exceptionnelle.

On opère aussi dans la position latérale de Sims, ou genu-pectorale. La sonde métallique, qu'on doit choisir assez grosse et résistante, sera d'abord introduite plusieurs fois de suite, de façon à redresser le plus possible la rétroflexion et à la transformer momentanément en rétroversion. Puis, faisant décrire à la sonde un arc de cercle, on forcera son bec à opérer dans la cavité utérine une rotation qui portera sa concavité en avant. L'utérus est alors redressé, mais en rétroposition: pour le porter en avant, on abaisse le manche de l'hystéromètre vers la fourchette (fig. 258).

Dans toute cette manœuvre, il ne faut pas faire d'efforts brusques, mais exercer une pression douce et continue, qui peut être très forte, si elle est progressive. Il est bon de faire précéder la séance de

<sup>1</sup> OTTO KÜSTNER. *Centr. f. Gyn.*, 1882, n° 28, p. 455.

<sup>2</sup> SCHULTZE. *Eine neue Methode der Reposition hartnäckiger Retroflexionen des Uterus* (*Centr. f. Gyn.*, 1879, n° 3, p. 49). — *Ueber Diagnose und Lösung peritonealer Adhäsionen* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1887, Bd. XIV, Heft 1, p. 25). — *Zur Therapie hartnäckiger Retroflexion der Gebärmutter* (*Samml. klin. Vorträge*, n. F., 1891, n° 24, p. 187). — ERICH. *Eleven cases of retroflexion of the uterus, etc., treated by forcible separation of adhesions* (*Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1880, t. XIII, p. 856).

redressement d'une dilatation à la laminaire qui donne plus de souplesse aux tissus; on fera aussi, dès le début, le curettage de l'utérus dont la muqueuse est plus ou moins malade, surtout au niveau de l'angle de flexion. On peut terminer la réduction en une séance. D'autres fois, il y aura intérêt à faire plusieurs séances, tous les deux ou trois jours; après chacune d'elles on maintiendra le degré de redressement obtenu, en plaçant avec soin des tampons de gaze antiseptique dans le cul-de-sac postérieur. Finalement, on introduira un pessaire.

L'instrument le plus simple, pour la réduction, est l'hystéromètre. Je le préfère aux répositeurs divers qui ont été inventés, dont le plus connu est celui de Sims et l'un des plus récents celui de J. A. Miller (de San Francisco<sup>1</sup>). Le professeur Trélat a aussi fait construire un redresseur très ingénieux, qui est une sonde utérine articulée dont la courbure peut être exagérée après son introduction dans l'utérus (fig. 259).

Fixation de l'utérus réduit. On peut employer dans ce but des moyens prothétiques (pessaires) ou pratiquer des opérations diverses.

Pessaires. — Le nombre de pessaires employés pour maintenir les rétroflexions est considérable et augmente tous les jours. Je renvoie pour la description de ces modèles variés aux articles spéciaux<sup>2</sup>, et je me bornerai à décrire les plus usuels, qui sont aussi les meilleurs.

Un simple tampon, convenablement placé et renouvelé, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, est déjà un moyen de contention. Mais il vaut beaucoup mieux appliquer un pessaire indifférent, comme le pessaire annulaire de Dumontpallier, qui a pu, parfois, dans les cas de rétroflexion réductible, même en l'absence de manœuvre chirurgicale, amener le redressement de l'utérus par la pression qu'il exerce (fig. 240). Enfin, un moyen de contention meilleur encore est le pessaire de Hodge, à double courbure (fig. 241, 242 et 243).

On doit choisir le pessaire pour chaque cas, selon les dimensions du vagin; trop petit, il n'est d'aucune utilité; trop grand, il devient



Fig. 259. — Redresseur utérin de U. Trélat.

Fixation de  
l'utérus réduit.

Pessaires.

<sup>1</sup> J. ALEX. MILLER. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 146.

<sup>2</sup> A. AUWARD. ART. PESSAIRE du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 2° s., t. XXIII, p. 614.

intolérable. Si le périnée est résistant, le pessaire pourra être un peu rétréci inférieurement (pessaire d'Albert Smith) : ce serait un incon-

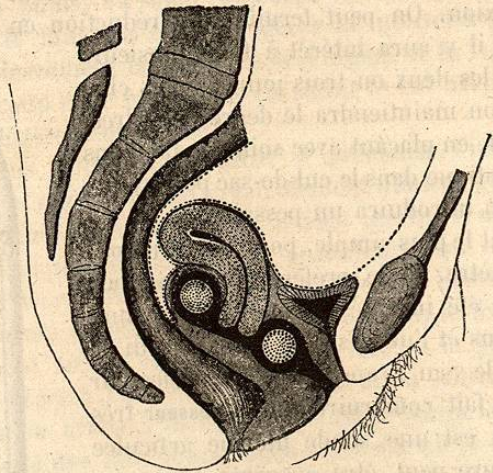


Fig. 240. — Pessaire annulaire de Dumontpallier en place, dans un cas de rétroflexion réductible qu'il est en train de transformer en rétroversion (la réduction de celle-ci peut parfois ensuite se faire spontanément).

venient dans le cas contraire. Il est bon de ménager une petite encoche à la partie antérieure, pour éviter la compression de l'urèthre (fig 241). Les pessaires les plus commodes sont ceux qui sont formés d'un épais fil de cuivre recouvert de caoutchouc : on peut instan-

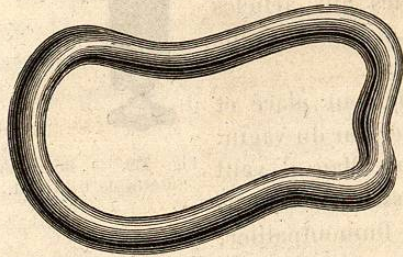


Fig. 241. — Pessaire de Hodge avec une encoche antérieure pour éviter la compression du canal de l'urèthre.

tanément modifier leur forme, quoiqu'ils offrent une bonne résistance; on doit, en effet, savoir adapter l'instrument à chaque cas déterminé, en donnant une ampleur plus ou moins grande aux courbures. Les pessaires en caoutchouc durci sont aussi très bons, inaltérables, et l'on peut les ramollir dans l'eau chaude pour en remanier la forme.

Dans les cas difficiles, j'ai l'habitude de modeler le pessaire avec un anneau d'étain flexible, et quand je me suis assuré qu'il est exactement adapté au cas spécial, je fais faire sur ce modèle un pessaire en aluminium, qui a l'avantage d'être à la fois léger et résistant; mais les sécrétions vaginales l'altèrent et on devra souvent le renouveler.

Il faut toujours que l'extrémité inférieure reste un peu au-dessus du méat urinaire.

G. Thomas a augmenté l'épaisseur de l'arc postérieur du pessaire de Hodge pour l'empêcher de se loger dans l'angle de l'antéflexion reproduite, et en a accentué la courbure (fig. 244 et 245).

Pour introduire un pessaire de Hodge, la malade sera couchée sur le côté. On présente l'instrument enduit de vasoline à la vulve de manière à le faire cheminer d'abord à plat le long d'une des faces

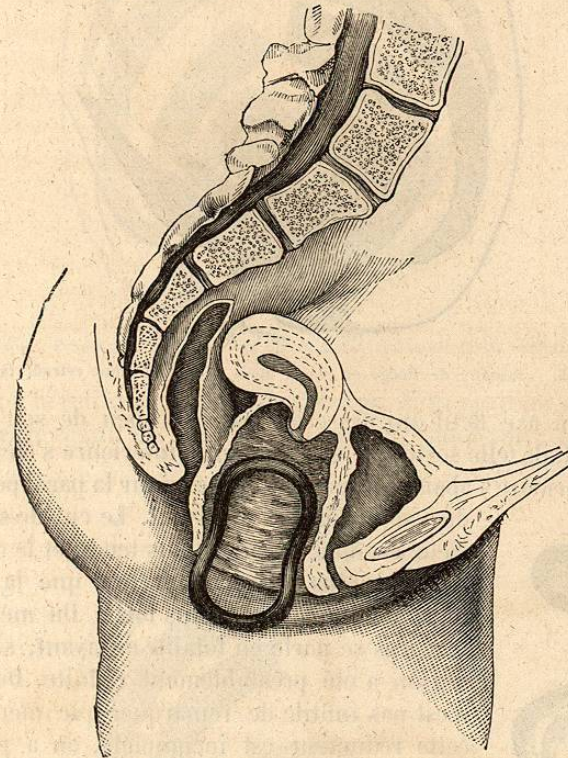


Fig. 242. — Introduction du pessaire de Hodge dans un cas de rétroflexion (celle-ci devra être préalablement réduite).

latérales du vagin; pendant ce temps on écarte d'abord les lèvres, puis on accroche la fourchette avec le doigt pour la déprimer. Dès que le pessaire a franchi la partie inférieure du vagin (fig. 242) et peut facilement être tourné dans la partie supérieure plus vaste, on lui fait subir un mouvement de glissement en haut et en arrière, suivant une demi-spirale qui le porte sur la paroi postérieure. On n'a plus qu'à presser avec l'index sur la courbure supérieure pour qu'il aille se loger dans le cul-de-sac postérieur. Le pessaire se trouve ainsi placé obliquement dans le vagin, de haut en bas et d'arrière

en avant. La pression abdominale, agissant sur le plancher pelvien d'une façon constante et avec exagération au moment des efforts, tend à refouler le pessaire sur un plan horizontal. Il oscille alors au

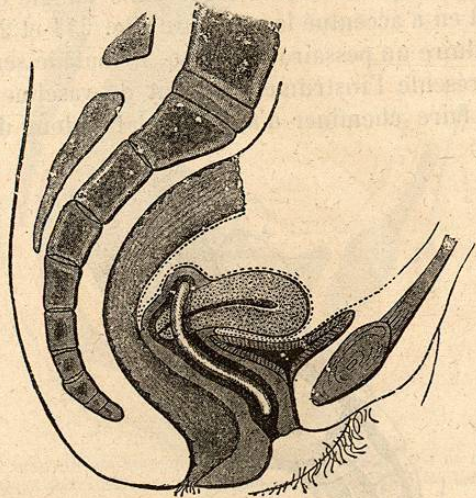


Fig. 243. — Pessaire de Hodge en place, après réduction d'une rétrodéviation.

niveau d'un axe fictif qui passerait par le milieu de son diamètre transversal, de telle sorte que son extrémité inférieure s'élève, tandis que la supérieure s'abaisse et, par suite, presse sur la paroi postérieure du vagin, qui est en avant. Le cul-de-sac postérieur est donc d'autant plus tendu et le col utérin d'autant plus attiré en arrière que la pression intra-abdominale est plus forte. Du même coup, le corps se porte en totalité en avant, si la rétroflexion a été préalablement réduite. Du reste, il n'est pas inutile de remarquer que même quand cette réduction est incomplète, on a pu retirer quelque bien d'un pessaire de Hodge et même d'un simple pessaire annulaire; sans doute, ils n'agissent alors qu'en diminuant la mobilité de l'utérus.



Fig. 244. — Pessaire de Gaillard-Thomas.

Le pessaire en berceau, ou à simple courbure (fig. 246), a l'avantage de ne pas descendre aussi bas que celui de Hodge et de soutenir du même coup la paroi antérieure du vagin; il convient donc spécialement aux cas où il existe aussi un peu de relâchement de cette paroi. Mais il a une action moins puissante que le pessaire-levier à double courbure de Hodge<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SCHRÖDER. *Mal. des organes génitaux de la femme*, trad. franç., p. 178.

Pourvu que la malade se fasse des injections vaginales deux fois par jour, elle peut conserver le pessaire deux ou trois mois, au bout

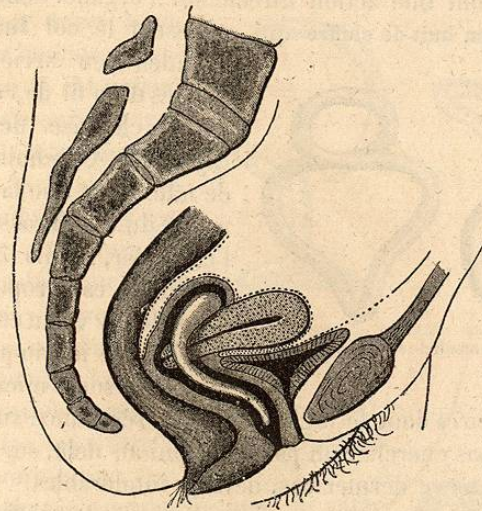


Fig. 245. — Pessaire de G. Thomas en place, après réduction de la rétrodéviation.

desquels on le retire pour se rendre compte de la position de l'utérus. S'il demeure réduit en antéversion, on peut supprimer le pessaire.

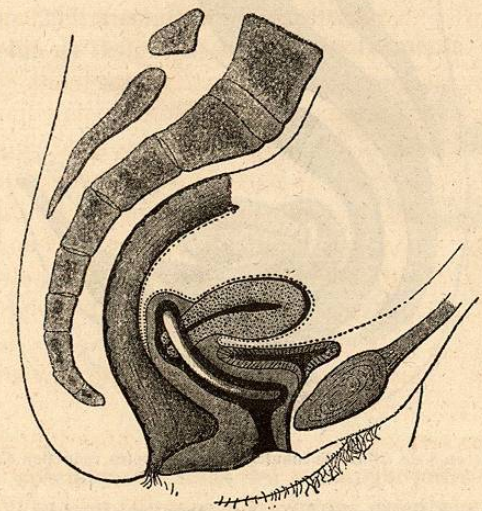


Fig. 246. — Pessaire en berceau en place, après la réduction d'une rétrodéviation.

sinon on le replace. Les accidents qu'on a cités après le long séjour de pessaires sont relatifs à l'oubli complet, durant des années, de ces instruments au fond du vagin, sans aucun soin de propreté.

Les pessaires précédents agissent indirectement sur le col par la tension des parties voisines. Une autre espèce de pessaire est constituée par ceux qui ont une action directe sur l'organe. Schultz applique des pessaires en huit de chiffre qui saisissent le col lui-même et le

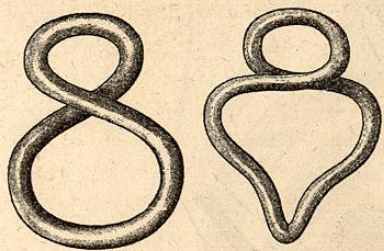


Fig. 247. — Pessaires en huit de chiffre, de Schultze.

refoulent en arrière; ils sont formés d'un fil de cuivre entouré d'une chemise de caoutchouc (fig. 247). On choisit le pessaire de telle sorte que la boucle supérieure du 8 embrasse le col sans l'étrangler, tandis que la boucle inférieure est proportionnée à la capacité du vagin et à l'ouverture de l'arcade ischio-pubienne. Ces pessaires sont mieux supportés par les nullipares dont le vagin offre une résistance suffisante pour qu'on n'aille pas chercher un point d'appui au delà, sur le squelette; ils peuvent, dans ce dernier cas, devenir intolérables.

On peut rapprocher des pessaires en huit de chiffre l'ingénieux

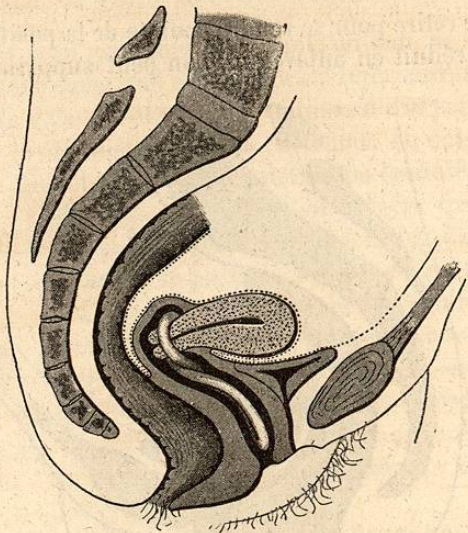


Fig. 248. — Pessaire en 8 de chiffre de Schultze en place, après réduction d'une rétrodéviat.

pessaire de Landowski (fig. 249), en étain malléable, ce qui permet de diriger la tige T dans une direction ou dans une autre, selon qu'on veut appliquer le pessaire à une antéversion ou à une rétroversion. Dans ce dernier cas, la tige est repliée d'arrière en avant et la paroi antérieure du vagin est en rapport avec sa concavité;

cette tige prend un point d'appui sur la symphyse pubienne et embrasse dans son extrémité recourbée le bourrelet charnu qui

existe en arrière du pubis et dont l'épaisseur varie beaucoup selon les malades; l'anneau embrasse le col utérin. On doit bien s'assurer, par le toucher rectal, avant de l'appliquer, que le fond de l'utérus est réduit; puis, le pessaire étant en place, on fait marcher, asseoir, coucher la malade, et on s'assure ainsi qu'elle n'est pas incommodée; sinon on recourrait à un modèle moins grand. Quand le pessaire malléable a été bien supporté, on en fait faire un autre du même modèle, rigide, en aluminium.

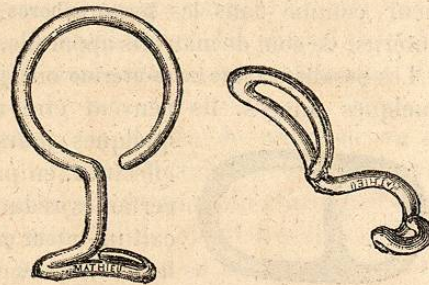


Fig. 249. — Pessaires de Landowski.

Quand le périnée est très flasque, le vagin vaste et relâché, Schultze emploie un pessaire en traîneau (fig. 250), dont se rapproche beaucoup le pessaire plus récemment proposé par Vulliet (fig. 251).

Fritsch<sup>1</sup> (fig. 252) a combiné le pessaire de Schultze à celui de Hodge (il se sert d'instruments en caoutchouc

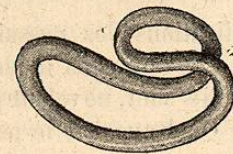


Fig. 230. — Pessaire en traîneau, de Schultze.

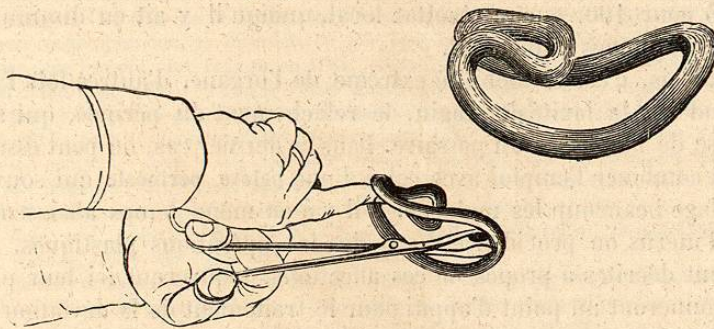


Fig. 251. — Pessaire de Vulliet.

durci); c'est spécialement dans les premiers jours qui suivent la réduction qu'il les emploie, après quoi il les remplace par un pessaire de Hodge à forte courbure.

<sup>1</sup> H. FRITSCH, *Die Lageveränderungen*, etc., p. 141. — Le professeur TARNIER, pour remplir la même indication, a fait adapter à la partie moyenne du pessaire de Hodge une barre transversale courbée en croissant, à concavité postérieure.

Tous ces pessaires s'appliquent plus commodément dans la position de Sims (semi-pronation latérale).

On a préconisé<sup>1</sup> des pessaires dont le point d'appui est à l'extérieur, comme dans les *hystérophores* employés pour les chutes de l'utérus. Ce sont de mauvais appareils, incommodes et infidèles.

Les pessaires à tige intra-utérine ont joui d'une grande vogue, il y a quelques années. Ils peuvent être utiles pour maintenir durant

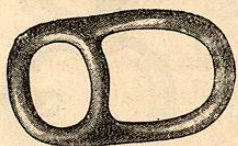


Fig. 252. — Pessaire de Fritsch.

quelques jours une réduction difficilement effectuée, en particulier comme auxiliaires de certaines réductions opératoires. Courty<sup>2</sup> plaçait un tuteur galvanique utérin durant quelques heures, après chaque séance de redressement à la sonde, une à deux fois par semaine. Alexander maintient aussi l'utérus en antéversion avec le pessaire intra-utérin, après le raccourcissement des ligaments ronds. Ce sont là, je crois, les deux seules bonnes applications des pessaires à tige intra-utérine, dans la rétroflexion.

Les nouveaux modèles de Chambers, Meadows, etc., tout ingénieux qu'ils sont, ne valent pas mieux que les anciens.

Quel que soit le pessaire qu'on emploie, il y a un grand nombre de cas où la contention est absolument impossible. Sânger<sup>3</sup>, d'après une statistique personnelle très soignée, faite de 57 cas de sa pratique privée, n'a obtenu que 7 guérisons, soit 12,2 pour 100, par les pessaires, et 27 améliorations, soit 47 pour 100; dans 15 cas, soit 26,5 pour 100, aucun résultat local, quoiqu'il y ait eu diminution des symptômes subjectifs<sup>4</sup>.

Parfois, c'est la mobilité extrême de l'organe, d'autres fois l'amplitude et la laxité du vagin, le relâchement du périnée, qui sont cause de l'insuccès du pessaire. Dans ce dernier cas, on peut essayer d'en combiner l'emploi avec celui d'une *pelote périnéale* qui souvent soulage beaucoup les malades. S'il y a en même temps abaissement de l'utérus ou procidence du vagin, les opérations plastiques, qui seront décrites à propos de ces affections, trouveront ici leur place et donneront un point d'appui pour le traitement de la déviation par le pessaire.

Les malades seront toujours très soulagées, surtout si le ventre est volumineux, par une *ceinture abdominale* qui soutient le poids des viscères.

<sup>1</sup> G. THOMAS. *Diseases of women*, 5<sup>e</sup> édit., p. 565 et 579.

<sup>2</sup> COURTY. *Traité prat. des maladies de l'utérus*. Paris, 5<sup>e</sup> édit., 1881, p. 705.

<sup>3</sup> SÂNGER. *Ueber Behandlung der Retroversio flexio Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 666).

<sup>4</sup> SÂNGER (*loc. cit.*), indique dans son mémoire des chiffres de pourcentage erronés; je les ai modifiés.

Quoi qu'il en soit, beaucoup de femmes ne peuvent pas être guéries par les moyens prothétiques. On est alors en droit de recourir à une opération. Il en est deux surtout qui méritent une description détaillée : le raccourcissement des ligaments ronds et l'hystéropexie abdominale; j'indiquerai plus sommairement les divers procédés d'hystéropexie vaginale et de raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins.

**Opération d'Alquié-Alexander-Adams.** — L'idée de redresser ou de soulever la matrice en raccourcissant les ligaments ronds qui sont sans grands délabrements accessibles à la main du chirurgien dans leur partie terminale, appartient à Alquié, de Montpellier<sup>1</sup>. Deux chirurgiens anglais, Alexander et Adams, ont eu le mérite d'inventer l'opération de nouveau et de la pratiquer presque simultanément; mais il n'est que juste de joindre à leur nom celui de notre compatriote.

Le raccourcissement des ligaments ronds a été employé à la fois contre la rétroflexion pour maintenir la réduction, préalablement effectuée, et contre le prolapsus utérin. J'aurai donc à y revenir, à propos de cette dernière affection.

L'opération a d'abord été très froidement accueillie en Angleterre<sup>2</sup>, en Allemagne<sup>3</sup> et en France<sup>4</sup>. On a déclaré, après des recherches

<sup>1</sup> ALQUIÉ présenta à l'Académie de médecine, le 17 nov. 1840, un mémoire *sur une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice* (*Bull. de l'Acad.*, 1840-1841, t. VI, p. 225), mais aucun rapport ne fut fait à ce sujet. En 1858, ARAN (*Maladies de l'utérus*, p. 1059) mentionne le procédé d'ALQUIÉ en disant : « Ce sont là des choses sinon impraticables, du moins dont l'exécution présente de sérieuses difficultés et des dangers tels que l'on ne saurait les recommander expressément. » Rien n'était venu relever cette opération du discrédit où elle était tombée, avant même d'avoir été pratiquée, car DENEFFE, qui l'essaya en 1864, à Gand, fit une opération incomplète (*Presse méd. belge*, sept. 1885), et FREUND s'était borné, en Allemagne, à des expériences cadavériques (FRITSCH, *loc. cit.*, p. 160). — ALEXANDER fit sa première opération le 14 déc. 1881, et la publia dans le *Liverpool med. Journ.*, janv. 1885. — ADAMS en avait déjà décrit le manuel opératoire dans le *Glasgow med. Journ.*, juin 1882, mais sa première opération ne fut faite que deux mois après celle d'ALEXANDER. (Voir pour l'historique détaillé J. E. MANRIQUE, *Étude sur l'opération d'Alexander*. Thèse de Paris, 1886.)

<sup>2</sup> *Brit. med. Assoc.*, 10 juin 1885. — *Société obstét. d'Édimbourg*, 25 mai 1885.

<sup>3</sup> WINCKEL. *Lehrb. der Frauenkr.*, 1886, p. 565.

<sup>4</sup> DOLÉRIIS et RICARD (*Union méd.*, 24 nov. 1885), se basant sur des investigations portant sur 28 cadavres, affirmèrent « qu'à partir de l'orifice inguinal interne, il n'existe plus, à proprement parler, que des vestiges insignifiants du ligament rond : nuls chez les jeunes sujets, nuls chez les femmes maigres, introuvables, s'ils existent, chez les sujets très gras, ils sont un peu plus visibles chez quelques vieilles femmes et dans la période post-puerpérale ». — Toutefois à la suite d'une note contradictoire de BERNIER (*Union méd.*, 6 déc. 1885), ces mêmes auteurs se hâtèrent de revenir (*Union méd.*, 29 déc. 1885) sur les affirmations si catégoriques de leur premier mémoire. DOLÉRIIS fit dans le même sens rectificatif une communication à la Société obstétricale de Paris (*Nov. Arch. d'obstét. et de gyn.*, 1886, p. 90), et depuis, il est devenu le plus ardent partisan de l'opération qu'il avait d'abord déclarée presque impraticable. DOLÉRIIS. *De l'opération du raccourcissement des ligaments ronds*. (*Nov. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 10, 68, 158, 229), et *Pathogénie et traitement des déviations utérines* (*Ibid.*, 1890, p. 52).

insuffisantes ou malheureuses, que les ligaments ronds étaient à peu près introuvables au delà de l'orifice inguinal interne. Une réaction s'est ensuite produite, et l'opération compte aujourd'hui de nombreux partisans, quoique ses indications précises et ses avantages soient loin d'être également appréciés.

Je décrirai la technique opératoire, en me basant à la fois sur le mémoire où Alexander<sup>1</sup> a indiqué sa pratique définitive, et sur ma propre expérience. Cette opération doit toujours être précédée, je crois, comme temps préliminaire, du curetage.

Technique opératoire.

**1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> temps. Découverte des ligaments.** — Recherche de l'épine du pubis; incision parallèle à l'arcade de Fallope sur une étendue de 5 centimètres, allant jusqu'aux aponévroses; on reconnaît avec l'index le point faible qui correspond à l'anneau inguinal externe, et on dissèque avec précaution pour mettre à nu les piliers, ainsi que les fibres intercolumnaires ou arciformes qui limitent en haut et en dehors l'orifice inguinal. On incise la lamelle celluleuse qui s'étend entre les piliers de l'anneau inguinal; aussitôt on voit saillir hors de l'orifice un peloton de graisse fine et jaune, sur laquelle Imlach<sup>2</sup> a insisté. On écarte une branche nerveuse (rameau génital du nerf génito-crural) et l'on cherche, avec la sonde cannelée, le ligament rond qui se présente sous l'aspect d'un cordon rosé, parfois pénicillé à son extrémité inférieure (fig. 255); dès qu'il est reconnu, on le saisit avec des pinces, puis on le dénude avec un instrument mousse. Cela fait, on recouvre la plaie d'un tampon antiseptique et on passe à l'autre côté pour répéter la même manœuvre; on recouvre aussi provisoirement la seconde plaie pour s'occuper du troisième temps.

**3<sup>e</sup> temps. Redressement de l'utérus.** — Le redressement se fait aisément avec l'aide de la sonde, comme le préfère Alexander; pendant qu'un aide opère ce redressement en s'aidant de la réduction bi-manuelle, le chirurgien découvre les plaies, saisit les ligaments ronds incomplètement dénudés, et achève leur isolement soit avec une spatule, soit en coupant avec des ciseaux les tractus fibreux qui les relient aux parties voisines: on tâche de poursuivre cette libération jusqu'au voisinage de l'orifice inguinal interne, c'est-à-dire dans une étendue d'environ 10 centimètres. La longueur de 4 à 5 centimètres, qui a paru suffisante à quelques chirurgiens, ne donne qu'un redressement illusoire. Pour éviter de blesser la séreuse, le professeur Duplay a proposé<sup>3</sup> de jeter, sur la partie la plus reculée de la portion intra-inguinale du ligament rond mis à nu, une ligature au catgut;

<sup>1</sup> W. ALEXANDER. *Brit. gyn. Journ.*, nov. 1885, p. 246.

<sup>2</sup> F. IMLACH. *Edinb. med. Journ.*, avril 1885, p. 915.

<sup>3</sup> Voir C.-L.-E. BEURNIER. *Ligaments ronds de l'utérus*. Thèse de Paris, 1886, p. 95.

si la séreuse a été attirée en doigt de gant, la ligature ferme ce cul-de-sac. Je m'abstiens, pour ma part, de cette manœuvre.

Il faut tirer à la fois et également des deux côtés; on doit être prévenu que les ligaments viennent très facilement avec un léger effort, surtout lorsqu'on aide la réduction de l'utérus avec la sonde; cette facilité ne devrait pas faire croire à l'opérateur novice qu'il les a rompus profondément. On sent une résistance, dès que la traction maintient l'utérus; on s'assure, du reste, que cette traction transmet alors des oscillations à la sonde placée dans l'organe réduit.

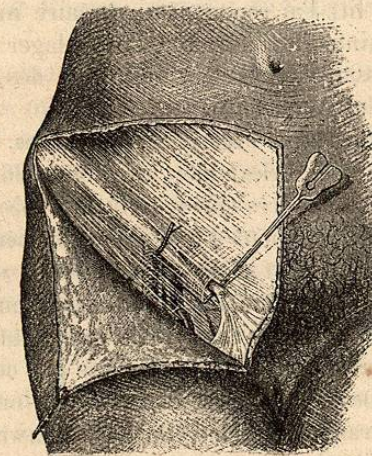


Fig. 255. — Le ligament rond au niveau de l'anneau inguinal externe.

**4<sup>e</sup> temps. Suture des ligaments ronds raccourcis; occlusion de la plaie.** — Le chirurgien confie alors à un aide le soin de maintenir les ligaments modérément attirés, tandis qu'il se met en devoir de les fixer. Une aiguille courbe armée de soie traverse le pilier externe et le ligament vers son bord supérieur, puis celui-ci et le pilier interne, de façon à

unir solidement à l'orifice inguinal externe ce qui va devenir l'extrémité du ligament rond; une seconde suture perdue semblable est faite sur le bord inférieur du ligament. On coupe alors toute la partie du ligament rond qui dépasse ces sutures. Si l'on a dû débrider supérieurement les fibres arciformes et ouvrir un peu le trajet inguinal, on le ferme par un surjet au catgut; alors même que ce débridement n'existe pas, je ferme toujours l'anneau inguinal par un surjet de catgut qui constitue le plan le plus profond de la suture perdue à étages superposés qui me sert pour l'occlusion de la plaie. Il est tout à fait inutile de placer un tube à drainage, si la recherche n'a pas été pénible et si la plaie est bien nette. Pansement antiseptique, légèrement compressif<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> E. CASATI, de Rome (*Raccogl. med.*, 1887, n° 5-8), a proposé une modification du manuel opératoire. Il fait une incision curviligne réunissant les deux anneaux: il croise les extrémités des ligaments excisés, et les fixe profondément par une suture continue au catgut.

DOLÉRIS (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 févr., 1889, p. 49), dans les cas où les ligaments sont faibles et grêles, met en usage un procédé qui est analogue au précédent, avec cette différence que le croisement et la suture sont faits sous la peau et non à ciel ouvert. Le tronçon libre d'un des ligaments (droit), coupé à son insertion pubienne, est saisi dans les mors d'une pince introduite dans l'orifice du côté opposé (gauche), et porté