

5^e temps. Alexander considère comme essentiel de maintenir l'utérus en bonne place, durant la convalescence, avec un pessaire de Hodge et un pessaire à tige intra-utérine : le premier assure l'antéversion, le second la rectitude. Les ligaments sont ainsi soustraits à la traction que l'utérus ne manquerait pas d'exercer sur eux, par suite du *faux pli* qui a une tendance à se reproduire. Le pessaire doit être gardé durant un mois pendant lequel la malade restera au lit. J'ai renoncé au pessaire intra-utérin, mais je crois utile de maintenir l'utérus et de soulager ainsi les ligaments, soit avec un pessaire de Hodge, soit avec des tampons antiseptiques fréquemment renouvelés.

Gravité.
Indications.
Résultats.

Gravité de l'opération. Indications. Résultats. A la fin du travail que j'ai cité, Alexander mentionne 26 cas de rétroversion ou de rétroflexion opérés (jusqu'en juin 1885) avec un succès constant. Il s'agit là évidemment d'une opération *bénigne*. Toutefois, Alexander avoue que la mort a pu survenir dans quelques circonstances exceptionnelles, comme après toute intervention chirurgicale, si petite qu'elle soit. Il en connaît trois cas, dont un seul personnel; il s'agissait dans le sien d'une pyohémie par contagion avérée.

De nombreuses observations ont été publiées en France¹ et à l'étranger. Trélat, Doléris, Schwartz et Terrillon en ont surtout retiré des avantages réels dans les rétroflexions facilement rédu-

sous la peau au devant du pubis, à la rencontre du bout du ligament gauche qui est ramené dans l'incision droite. Le ligament gauche est suturé aux piliers correspondants, et le tronçon qui reste libre est réséqué de son extrémité mise en contact avec l'extrémité du ligament opposé. L'accolement et la suture de ces deux tronçons sont pratiqués, après avivement préalable des surfaces. Sutures au catgut; drainage.

P. SEGOND (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1889, p. 268), par une première suture à la soie, fixe le ligament rond dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal. Cela fait, il pratique à la partie moyenne des deux piliers, près de leur bord libre et parallèlement à ce bord, une courte incision pareille à celle que REVERDIN a conseillée pour faciliter la suture des piliers, dans la cure radicale de la hernie inguinale. Il obtient ainsi deux petites boutonnières dont il se sert pour nouer le ligament rond autour des piliers. Saisissant l'extrémité du ligament qui flotte au-dessous du point de suture, il la fait successivement passer d'arrière en avant dans la boutonnière de l'un des piliers, puis d'avant en arrière dans la boutonnière de l'autre pilier, et finalement il la fait ressortir dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal. Il forme ainsi un véritable nœud qu'il fixe avec une ou deux sutures qui rapprochent les piliers et donnent plus de solidité à la fixation du ligament. — G. M. EDEBOHLS (*A modified Alexander-Adam's operation*, in *New-York med. Journ.*, 11 oct. 1890, p. 400) incise tout le canal inguinal pour découvrir plus facilement le ligament rond. — H. P. NEWMANN (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 257) réclame la priorité de cette modification.

Je crois que le procédé, plus simple, que j'ai décrit, est tout aussi efficace que les précédents.

¹ S. POZZI. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, p. 95. — BOULLY. *Ibid.*, 1887, p. 134. — TRÉLAT. *Semaine méd.*, 4 juil. 1888, p. 261 et *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 256. — DOLÉRIS, *loc. cit.* — SCHWARTZ. *Bull. et Mém. Soc. de chir.* 1889, p. 241. — TERRILLON. *Ibid.*, 1889, p. 278. — ROUX (de Lausanne). *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 nov. 1888, p. 645.

tibles : ils n'ont pas observé d'accidents. Ceux-ci ont été surtout signalés à l'étranger. Harrington¹ a réuni une statistique de 140 cas provenant de 21 opérateurs avec 1 mort.

L'opération s'est maintenant vulgarisée, et elle est pratiquée partout², avec des succès variables, qui paraissent résulter surtout de l'appréciation plus ou moins exacte des indications. Outre les importantes discussions à la Société de chirurgie de Paris, on doit signaler celles du Congrès de Gynécologie de Munich³ et celles du Congrès de Halle⁴.

Le professeur Trélat⁵, qui a fait quatorze fois l'opération d'Alexander dont 5 fois pour des rétroversions mobiles ou adhérentes et préalablement réduites par des séances successives, a obtenu d'excellents résultats. Il formule nettement cette règle que le raccourcissement des ligaments ronds est l'opération directement indiquée pour maintenir en antéversion l'utérus précédemment fixé en rétroflexion adhérente, mobilisé par le traitement, mais impossible à contenir par la position seule ou par les pessaires. Bien plus, comme les rétrodéviations lui paraissent constituer une menace certaine pour l'avenir, vu la complication presque fatale de métrite et de salpingite qui provoque des adhérences, il croit d'une bonne pratique d'intervenir préventivement même contre les rétroversions absolument indolentes, puisqu'on peut seulement ainsi se mettre à l'abri des accidents ultérieurs.

Ce précepte me paraît étendre d'une manière exagérée le champ de l'opération. J'inclinerais plutôt à admettre l'avis de Mundé⁶ qui, grand partisan du raccourcissement des ligaments ronds, le réserve cependant pour les déviations douloureuses et facilement réductibles.

Polk n'a pas combiné l'opération d'Alexander avec l'hystéropexie, comme cela a été dit par erreur⁷. Il a simplement, dans un cas⁸ où il venait de redresser l'utérus par la laparotomie, refermé le ventre et pratiqué l'opération d'Alexander.

Il semble, en résumé, que l'opération d'Alquié-Alexander est sus-

Indications.

¹ F. B. HARRINGTON. *Boston med. and surg. Journ.*, 29 avril 1886, p. 390.

² W. GARDNER (*Austral. med. Journ.*, 15 oct. 1886, anal. dans *Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 227), rapporte 20 observations personnelles, avec résultats presque toujours satisfaisants.

³ *Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn. (Erster Kongress)*, 1886, p. 252 et suiv. (ZEISS, SLAVJANSKY, KÜSTNER, MUNDE, WINCKEL).

⁴ WERTH. (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 591) a mentionné 9 cas heureux de sa pratique, dont l'un datait de 1 an et demi et un autre de 1 an.

⁵ U. TRÉLAT, *loc. cit.*

⁶ MUNDE. *Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1888, t. XXI, p. 1151.

⁷ MUNDE. *Ibid.*, p. 1157.

⁸ W. M. POLK. *Hysterorrhaphy and Alexander's operation (Amer. Journ. of Obstetr.*, juin 1887, t. XX, p. 650), et *Amer. Journ. of Obstetr.*, déc. 1888, p. 1271. — Voir, sur ce point, M. BAUDOIN. *Th. de Paris*, 1890, p. 167.

Résultats.

ceptible de donner des résultats excellents et durables dans la rétroflexion de l'utérus. Dans les cas simples, on pourra lui préférer le pessaire, mais dans les cas où le pessaire s'applique mal, où il est difficilement supporté et maintient incomplètement la réduction de l'utérus, le raccourcissement des ligaments ronds est une précieuse ressource; on peut guérir ainsi des malades jusqu'alors impotentes. Pourtant il faut savoir que les cas rebelles à l'emploi du pessaire donnent parfois des mécomptes à l'opérateur. Küstner¹ et Keith² ont publié à ce sujet des observations instructives.

Grossesse.

Il est aujourd'hui parfaitement démontré que le raccourcissement des ligaments ronds n'entrave nullement le développement normal de la grossesse et ne complique pas l'accouchement; il semble même que la déviation n'ait plus tendance à se reproduire après l'accouchement. Plusieurs cas de grossesse et d'accouchement à terme ont été publiés. Alexander³ sur 8 cas de grossesse, a vu heureusement accoucher 7 de ses opérées; Polk a constaté la grossesse chez une femme, opérée pour une rétroversion adhérente; elle avorta au quatrième mois. Doléris a observé la grossesse, 7 fois, et Imlach, 2 fois.

Colpo-hystéropexie. Procédé d'Amussat.

Colpo-hystéropexie ou hystéropexie vaginale. Les premières tentatives pour fixer, par le vagin, l'utérus réduit et ramené à une bonne position, sont de date assez ancienne. Amussat⁴ dans les cas de version, en avant ou en arrière, pratiquait la cautérisation au fer rouge du côté opposé à la déviation, de manière à produire une bride cicatricielle qui fit basculer l'organe. Courty⁵ prétend avoir retiré de très bons effets de ce singulier traitement dans les cas d'antéversion; il avoue qu'il offre quelque danger dans la rétroversion, vu le voisinage du péritoine; cependant il ne le proscrit pas.

Procédés de Richelot père et de Bossi.

Richelot père⁶ a proposé de souder le col à la paroi postérieure du vagin. Bossi⁷ a récemment décrit un procédé analogue, sous le nom de *vagino-fixation du col*.

Procédés de Sims, de Byford, de Doléris.

On a employé dans le même but la suture d'un pli transversal du

¹ KÜSTNER. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 259.

² S. KEITH. *An unsuccessfull case of Alexander's operation. Obst. Soc. of Edinburgh*, 12 mai 1886 (*The Brit. gyn. Journ.*, 1886, t. II, p. 408).

³ W. ALEXANDER. *Reciprocal effects of pregnancy and parturition upon the operation of shortening the round ligaments of uterus. (Brit. med. Journ., 14 févr. 1891, p. 548).* — POLK. *Removal of one tube and ovary; the other allowed to remain although diseased; Alexander's operation, marriage and pregnancy. (Amer. Journ. of Obstet., juin 1890, p. 627).* — DOLÉRIS. *L'objectif physiologique en gynécologie. Nécessité d'une chirurgie conservatrice*, lu au congrès de Berlin, 1890. (*Nouv. arch. d'obstét. et de gyn.*, 1890, t. V, p. 498). — IMLACH. *Edinb. med. Journ.*, avril 1885, p. 914.

⁴ AMUSSAT. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, févr. 1850. — PHILIPPEAUX. *De la cautérisation*, Paris, 1856, p. 557.

⁵ COURTY, *loc. cit.*, p. 654.

⁶ RICHELOT, père. *Union méd.*, 1868, n° 58 et 59.

⁷ S. M. BOSSI (de Gênes). *Riv. di ost. e gyn.*, oct. et nov. 1890.

vagin, de manière à raccourcir l'une ou l'autre des parois de ce canal. Sims l'a faite trois fois pour l'antéversion.

Byford¹ a pratiqué, chez des femmes ayant dépassé la ménopause, une *méto-élytrorrhaphie* analogue, à l'opération de Richelot père : l'union de la paroi vaginale antérieure ou de la face antérieure du col avec la paroi postérieure du vagin.

Doléris², suivant le cas, fait une *colporrhaphie pré-cervicale* ou *rétro-cervicale*, après avoir réduit la déviation.

Quand la paroi vaginale antérieure paraît trop courte, Skutsch a conseillé de l'allonger par une *incision transversale* qu'on réunit en long³.

Schücking (de Pymont⁴) a pratiqué la *fixation du fond de l'utérus au cul-de-sac vésico-utérin* (fig. 254);

il se sert d'une aiguille montée armée d'un fil double, qu'il introduit dans l'utérus réduit et dilaté, et pique dans le cul-de-sac vaginal

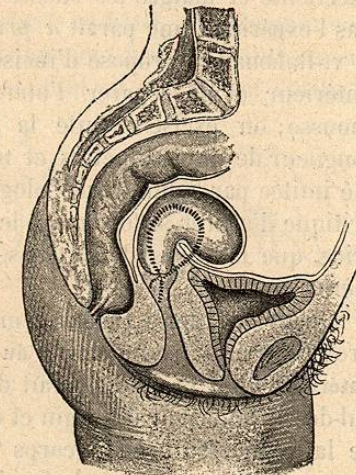


Fig. 254. — Hystéropexie vaginale. Opération de Schücking (de Pymont).

Procédé de Skutsch.

Procédé de Schücking.

¹ BYFORD. *Diseases of women*. Philadelphie, 1888, p. 526.

² DOLÉRIS. *Traitement des flexions utérines (Gaz. des Hôp., 1888, n° 5, p. 25).*

³ SKUTSCH. Discussion au Congrès de Halle (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 392).

⁴ A. SCHÜCKING. *Eine neue Methode der Radicalheilung der Retroflexio uteri (Centr. f. Gyn., 24 mars, 1888, n° 12, p. 181, et n° 42, p. 682); Bemerkungen über die Methode der vaginalen Fixation bei Retroflexio und Prolapsus Uteri (Centr. f. Gyn., 1890, n° 8, p. 123) et Bemerkungen zur vaginalen Ligatur des Uterus, etc. (Centr. f. Gyn., 1891, n° 13, p. 249).* — *Weitere Erfahrungen über die vaginale Ligatur bei Retroflexio und Prolapsus uteri (Deutsche med. Woch., 1891, n° 10).* Il déclare que son procédé a été employé dans 217 cas; 88 malades ont été suivies pendant un laps de temps suffisant, au point de vue des résultats ultérieurs: il n'y a eu, parmi elles, que 4 insuccès. L'auteur obtint aussi 50 guérisons de rétroflexions adhérentes, par son procédé: les fils ne sont enlevés qu'au bout de 6 semaines et immédiatement après l'opération un pessaire est placé dans le vagin et gardé pendant 12 semaines environ. — Sur ces 217 cas de ligature vaginale, on compte 25 accouchements à terme, à la suite de l'opération (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 20, p. 394). — KLOTZ (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 4, p. 98 et *Communic. écrite*) à lui seul a vu normalement accoucher 11 opérées sur 81 malades; chez une seule on dut faire la version, et la rétroflexion s'est reproduite. — C. THIEM (de Kottbus), *Congrès des natur. all. à Heidelberg*, sept. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 755), a un peu modifié l'opération de Schücking et lui a dû 56 succès immédiats. — W. RÜHL (*Bemerkungen über die Schücking'sche Methode, etc.*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 51, p. 916) cite 14 nouveaux cas de THIEM, suivis de succès, et 4 cas personnels. — Voir encore DEBRUNNER. *Zur vaginalen und ventralen Fixation der rückwärtsgebeugten Gebärmutter (Corr. Bl. f. Schweiz. Aertze, 1890, n° 11, p. 537).* — H. HARTMANN. *De l'hystéropexie vaginale dans le traitement des rétrodéviations utérines. (Ann. de Gyn., 7 juin 1890, p. 455.)*

fortement déprimé jusqu'à toucher l'organe : Zweifel¹, pour éviter sûrement de blesser la vessie, ouvre au préalable le cul-de-sac antérieur. Malgré cette modification que Schücking regarde comme excellente et malgré les succès enregistrés, ce procédé dont je n'ai pas l'expérience me paraît *a priori* peu recommandable.

Procédé de Rabenau.

v. Rabenau² a proposé d'inciser le col, puis d'ouvrir le cul-de-sac antérieur et de séparer l'utérus de la vessie par un instrument mousse; on excise ensuite la paroi antérieure de l'utérus sur une longueur de 4 centimètres et on suture la plaie. Cette conduite a été imitée par Schmidt (de Cologne)³. Fraenkel⁴ lui a adressé la juste critique d'attirer si fortement le col en avant, par l'effet de la cicatrice, que le corps de l'utérus a une tendance à retomber en arrière.

Procédé de Sanger.

Sanger⁵ a repris théoriquement l'idée de Schücking; mais son procédé opératoire de suture du fond de l'utérus au cul-de-sac vaginal antérieur qu'il propose, serait différent : ouverture transversale du cul-de-sac antérieur du vagin et du cul-de-sac du péritoine en arrière de la vessie, suture du corps de l'utérus au vagin avec des fils d'argent; puis, réunion de la plaie vaginale suivant une ligne verticale, de façon à allonger la paroi antérieure de ce canal et à permettre au col de se porter en arrière.

Un autre procédé pourrait, suivant le même auteur, être employé : dilatation de l'utérus, introduction du doigt dans sa cavité, et grâce à ce guide, placement direct d'un fil métallique dans l'organe, à travers le cul-de-sac antérieur du vagin laissé intact.

Il est probable qu'un avenir plus ou moins prochain nous réserve la réalisation, ou, tout au moins, l'essai de ces ingénieuses hypothèses.

Procédé de Nicolétis.

Richelot⁶ a vivement préconisé un procédé dû à Nicolétis et destiné à relever l'utérus en prenant un point d'appui sur la paroi vaginale postérieure et le périnée. On fait d'abord l'amputation sus-vaginale du col; puis, à la partie postérieure, on passe trois fils de catgut dans le vagin et dans le moignon utérin, de façon à les faire ressortir

¹ P. ZWEIFEL. *Ueber die Vaginalfixatio Uteri*, etc. (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 59, p. 689).

² V. RABENAU. *Ueber neue operative Behandlung der Retroflexio Uteri* (*Berl. klin. Woch.*, 3 mai 1886, n° 18, p. 284).

³ SCHMIDT. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 685.

⁴ FRAENKEL. *Deutsche med. Woch.*, 1888, nos 45 et 46.

⁵ SANGER. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 2, p. 17, et n° 3, p. 54.

⁶ RICHELLOT. *De l'hystéropexie vaginale* (*Comptes rendus du 4^e Congrès de chir.* Paris, 1889, p. 482. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 11 déc. 1889, p. 765; — *Union méd.*, 17 déc. 1889). — L. H. DEBAYLE. *De l'hystéropexie vaginale. (Opération de Nicolétis)*. Thèse de Paris, 1890. — NICOLETIS n'a rien publié lui-même avant ces travaux; il a fait sa première opération sur le cadavre en 1887 et RICHELLOT la première sur le vivant, en juin 1889 (DEBAYLE, *loc. cit.*, p. 59).

par l'orifice de la cavité utérine. Ces trois fils sont médians; à côté d'eux, à droite et à gauche, on en passe deux autres, partant également de la paroi postérieure du vagin et qui vont sortir, non plus dans l'orifice, mais sur le bord antérieur du moignon, de sorte que la paroi vaginale postérieure s'accroche à ce bord, en grimpant sur la tranche utérine. On complète l'affrontement par des points superficiels. Le chirurgien se propose ainsi, tout en ménageant l'orifice,

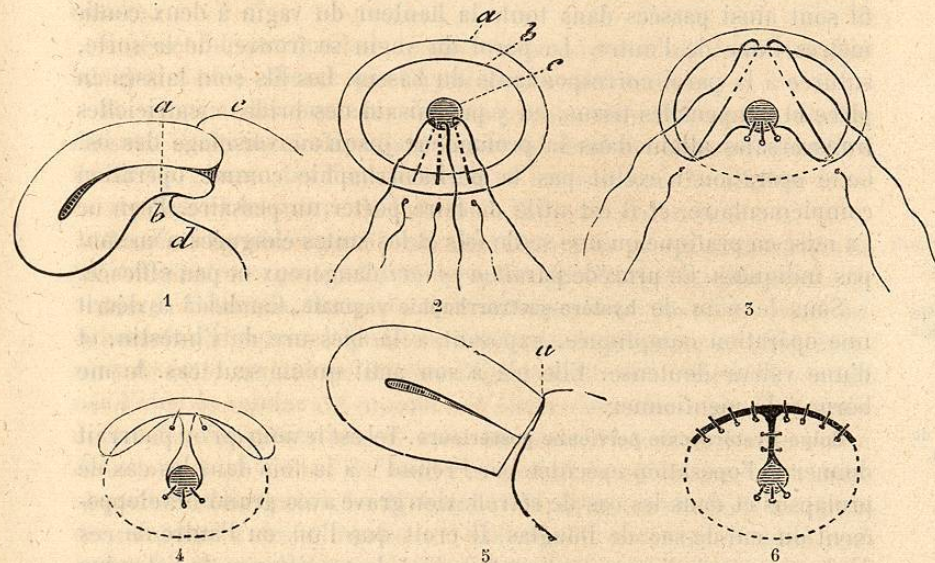


Fig. 255. — Hystéropexie vaginale (procédé de Nicolétis).

1. — Utérus en rétroversion. — *a b* Ligne sur laquelle doit porter la section. — *c d* Parois vaginales.
2. — Moignon utérin vu de face après l'amputation sus-vaginale. — Passage des trois fils médians. — *a* Paroi vaginale. — *b* Bord antérieur du moignon. — *c* Orifice utérin.
3. — Fixation de la paroi vaginale postérieure à l'orifice utérin. Passage des deux fils latéraux.
4. — Fixation de la paroi vaginale postérieure au bord antérieur du moignon.
5. — Utérus redressé. — *a* Insertion des deux parois vaginales sur le bord antérieur du moignon.
6. — Suture complète.

de souder la paroi postérieure du vagin au bord antérieur du moignon. Toute l'insertion vaginale est reportée en avant; la paroi tire à la manière d'un cordon de sonnette et fait basculer le fond de l'organe, au moins au moment de l'opération (fig. 255). C'est, je crois, en effet, se faire illusion que de compter sur un effet mécanique durable : l'extensibilité constante du vagin et la flaccidité fréquente du périnée réduisent, en réalité, ce procédé à une ingénieuse conception théorique. Les bons résultats qu'on en a obtenus sont simplement dus à l'amputation du col, qui agit alors contre la métrite¹.

¹ U. TRÉLAT et S. POZZI. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 771.

Procédé de Péan.

Péan¹, sous le nom de **vagino-fixation**, a décrit le procédé suivant : on saisit les cloisons recto- et vésico-vaginales avec de fortes pinces portées aussi en dehors que possible; on fait écarter les parois du vagin l'une de l'autre; sans procéder à aucun avivement, on traverse avec l'aiguille chasse-fil, aussi profondément que possible, la paroi latérale du vagin d'avant en arrière, dans toute sa largeur, en comprenant une grande épaisseur de tissu sous-muqueux. Des anses de fil sont ainsi passées dans toute la hauteur du vagin à deux centimètres l'une de l'autre. La paroi du vagin se trouve, de la sorte, suturée à la paroi correspondante du bassin. Les fils sont laissés en place et coupent les tissus, en y produisant des brides cicatricielles transversales allant dans la profondeur jusqu'au voisinage des os. Cette opération n'exclut pas la périnéorrhaphie comme opération complémentaire, et il est utile de faire porter un pessaire. Péan ne l'a mise en pratique qu'une seule fois et les suites éloignées n'en sont pas indiquées. Ce procédé paraît *a priori* dangereux et peu efficace.

Procédé de Candela.

Sous le nom de **hystéro-gastrorrhaphie vaginale**, Candela² a décrit une opération compliquée, exposant à la blessure de l'intestin, et d'une valeur douteuse. Elle n'a à son actif qu'un seul cas. Je me borne à la mentionner.

Procédé de Freund.

Colpo-hystéropexie pelvienne postérieure. Tel est le nom qu'on pourrait donner à l'opération exécutée par Freund³, à la fois dans les cas de prolapsus et dans les cas de rétroflexion grave avec grand développement du cul-de-sac de Douglas. Il croit que l'un ou l'autre de ces déplacements de l'utérus est parfois dû à la persistance de l'étendue de ce repli chez le fœtus; jusqu'au septième mois de la vie intra-utérine, en effet, il descend jusqu'au milieu du vagin. Freund fait une large ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin, pénètre dans le péritoine et suture la face postérieure de la partie sus-vaginale du col au revêtement séreux situé au-dessous du promontoire, au voisi-

¹ PÉAN. *Bull. méd.*, 27 févr. 1889.

² CANDELA, in DUMORET. *Laparo-hystéropexie*, etc. Thèse de Paris 1889, p. 25. — *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 271.

³ FREUND. 5^e Congrès des gyn. all., Fribourg, juin 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 50, p. 515). La conception opératoire de FREUND se trouve en germe dans des propositions déjà formulées par SCHULTZE (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 1, p. 25) qui avait proposé le procédé suivant : ouverture transversale du cul-de-sac postérieur du vagin; libération de l'utérus et des annexes; réduction de l'utérus; retranchement du cul-de-sac de Douglas par des sutures, de manière à ramener le col en arrière. SINGER (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 2, p. 17) s'est aussi demandé si l'on ne pourrait pas provoquer des adhérences curatives par l'ouverture du cul-de-sac de Douglas et le tamponnement avec la gaze iodoformée. Il a été (*ibid.*, n° 3, p. 40) jusqu'à proposer de faire des injections d'alcool dans le voisinage des ligaments utéro-sacrés et dans le tissu cellulaire rétro-cervical, dans l'espérance de produire ainsi une antéversion par la rétraction de ces ligaments. Ce serait assurément jouer gros jeu, et s'exposer à voir l'inflammation dépasser les limites thérapeutiques.

nage des ligaments utéro-sacrés; il prend bien soin dans cette manœuvre d'éviter de blesser le rectum. Il bourre ensuite le cul-de-sac de Douglas de gaze iodoformée et rétrécit la plaie vaginale. Plus tard, il refait un périnée, s'il est nécessaire.

Cette opération, qui est, en définitive, une cure radicale de la hernie congénitale du cul-de-sac de Douglas, a été appliquée par Freund dans deux cas de rétroflexion compliqués de hernie de cette nature.

Il ne semble pas que la colpo-hystéropexie pelvienne doive être plus bénigne et plus efficace que l'hystéropexie abdominale.

La plupart des procédés d'hystéropexie vaginale ont un double défaut : ils agissent directement sur le fond de l'utérus réduit et fixent l'organe à des tissus mobiles et extensibles. On ne peut faire ce reproche à la suture de l'utérus à la paroi abdominale.

Gastro-hystéropexie ou fixation à la paroi abdominale (*ventro-fixation, gastro-hystérorraphie, gastro-hystérosynaphie*).

Gastro-hystéropexie.

Aperçu historique. On a pu souvent observer, quand on fixait au dehors de l'abdomen le pédicule des kystes ovariens, les effets heureux de cette manœuvre sur les déplacements de l'utérus. De là est née l'idée de souder cet organe à la paroi abdominale par l'intermédiaire des ligaments larges, avec ou sans ablation des ovaires, ou directement au niveau du fond. La première opération de ce genre appartient à Kœberlé¹. Le 27 mars 1869, dans un cas de rétroflexion donnant lieu à des symptômes d'occlusion intestinale chronique, il incisa les parois abdominales, ramena l'utérus en avant, enleva un ovaire sain et sutura le pédicule au bord inférieur de la plaie.

Aperçu historique.

Sims², le 18 février 1875, chez une femme de 52 ans qui souffrait d'une rétroflexion atrocement douloureuse, fit la laparotomie, enleva l'ovaire gauche du volume d'une noix atteint de dégénérescence kystique, et fixa le pédicule dans l'angle de l'incision, de manière à retenir l'utérus dans sa position normale. La malade guérit parfaitement. Schröder³, un peu plus tard, ayant à donner ses soins à une malade atteinte de rétroflexion compliquée de chorée symptomati-

¹ KEBERLÉ. *Rétroversion de la matrice irréductible. Constipation opiniâtre suivie d'ileus. Gastrotomie et ovariectomie dans le but de fixer la matrice d'une manière permanente à la paroi abdominale. Guérison* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 64).

SCHRÖDER (*Malad. des org. génit. de la femme*, trad. franç., p. 181), qui cite l'opération de KEBERLÉ, en s'en référant à SCHETELIG (*Centr. f. med. Wissensch.*, juin 1869, p. 417) dit « qu'il ramena l'utérus en avant et le réunit ainsi qu'un pédicule de kyste ovarique au bord inférieur de la plaie ». C'est une erreur, il n'y avait pas de kyste ovarique; la confusion provient du mot *ovariotomie*, employé par KEBERLÉ.

² SIMS. *Brit. med. Journ.*, 10 déc. 1877, p. 840. — COURTY (*Traité prat. des mal. de l'utérus*, 5^e édit. 1881, p. 707), en indiquant les deux observations précédentes, ajoute : « Je ne prétends pas citer ces opérations comme des exemples à imiter. »

³ SCHRÖDER. *Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 1, p. 1.

que, et présentant aussi un petit kyste de l'ovaire, vit la rétroflexion et la chorée disparaître après l'ovariotomie et la fixation du pédicule à l'abdomen. Lawson Tait¹, le 26 février 1880, fit la laparotomie sur une femme souffrant d'une ovarite et d'une rétroflexion utérine que rien n'avait pu soulager. Il trouva les ovaires gros, mous, non kystiques, les enleva, et, en fermant la plaie abdominale, passa un point de suture à travers le fond de l'utérus qu'il fixa à la paroi. Une seconde opération analogue fut faite, le 9 avril 1880. Les guérisons s'étaient maintenues en 1885. Hennig², en 1881, après une castration sutura les ligaments ronds, les ligaments larges et le fond de l'utérus aux téguments pour une rétroflexion rebelle.

Mais il n'y avait là que des faits isolés, sans méthode définie. Olshausen³ a, le premier, systématisé l'opération dans un travail qui a été une véritable initiation. Il y cite trois observations remarquables (la première seule est relative à une rétroflexion, les deux autres à des prolapsus). Il unit, par plusieurs points de suture au crin de Florence (non absorbable), la partie des ligaments ronds et des ligaments larges immédiatement voisine des cornes utérines, avec la paroi abdominale, en prenant grand soin de sentir préalablement et d'éviter l'artère épigastrique. Dans un cas de ménopause imminente, il extirpa les ovaires, mais il fait remarquer que ce complément de l'opération était purement contingent.

Au Congrès où fut présentée la communication d'Olshausen, une discussion⁴ suivit un mémoire de Fraenkel, et de nouveaux faits furent cités, les uns appartenant à Bardenheuer (rapportés par Frank), les autres à Czerny.

Bientôt après, Kelly⁵, de Philadelphie, publiait, avec l'analyse partielle des travaux précédents, l'observation intéressante d'une rétroflexion guérie par l'ablation d'un ovaire et la fixation du pédicule à l'abdomen. L'autre ovaire avait été extirpé quelque temps auparavant par l'incision vaginale. Kelly publiait en même temps le résumé de deux faits inédits, castration avec suture des ligaments larges à l'abdomen, par Sanger.

¹ L. TAIT. *The pathology and treatment of diseases of the ovaries*, 4^e édit., 1885, p. 95 et 96.

² HENNIG (de Leipzig). *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 41, p. 667.

³ OLSHAUSEN. *Ueber ventrale Operationen bei Lage-anomalien* (59^o *Naturforscher Samml. zu Berlin*, 20 sept. 1886, anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 667). Le travail complet a été publié sous ce titre : *Ueber ventrale Operation bei Prolapsus und Retroversio Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 23 oct. 1886, n° 45, p. 698).

⁴ Séance du 20 sept. 1886 (*Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 42, p. 685).

⁵ HOWARD A. KELLY. *Hysterorrhaphy* (*Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1887, t. XX, p. 55). Le travail de H. KELLY a été lu devant la Société obst. de Philadelphie, le 4 nov. 1886 (*Amer. Journ. of Obstet.*, t. XX, p. 67), mais il n'a été publié qu'en janv. 1887, après de nombreuses additions tirées du mémoire d'OLSHAUSEN, qui avait lu le sien publiquement le 20 sept. 1886, et l'avait publié dans le *Centralblatt*, dès octobre 1886.

Celui-ci a publié sur ce sujet un mémoire très complet, dans lequel il relatait 7 cas personnels¹. Depuis cette époque, il a pratiqué la ventrofixation 12 fois; dans 9 cas il a fait l'ablation des annexes².

Klotz³ avait déjà en 1887 communiqué, à la Société gynécologique de Dresde, 17 cas de fixation d'utérus rétrofléchis à la paroi abdominale par l'intermédiaire d'un pédicule formé par la trompe de l'ovaire.

Leopold⁴, un mois plus tard, présentait trois succès, après fixation du fond même de l'utérus à la plaie abdominale.

H. Kelly⁵, en Amérique, a fait paraître, en mai 1888, un nouveau travail où il a rassemblé des faits restés inédits : 4 cas de P. Zweifel pour rétroflexion (hystérorrhaphie sans castration), 1 cas de Staude pour rétroflexion (hystérorrhaphie avec ablation d'un seul ovaire, le second n'ayant pu être extirpé, à cause des adhérences)⁶.

¹ M. SÄNGER. *Ueber operative Behandlung der Retroversio-flexio Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, nos 2 et 3, p. 17 et 34).

² M. SÄNGER. *Ueber Schwangerschaft nach conservativer Ventrofixatio uteri retroflexi* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 505). Ce travail a été lu à la Société d'Obstétrique de Leipzig, le 16 mars 1891.

³ KLOTZ. Soc. gyn. de Dresde, 6 oct. 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 1, p. 11, et (*in extenso*) *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 4). — Pour la discussion soulevée à cette occasion entre KLOTZ et SÄNGER, voir *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 5, p. 69, et *ibid.*, p. 102.

⁴ LEOPOLD. *Ueber die Annäherung der retroflektirten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand*. Communiqué à la Soc. de gyn. de Dresde, 3 nov. 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 11, p. 161).

⁵ H. KELLY. *Hysterorrhaphy* (*Amer. Journ. of med. sciences*, 1888, p. 468).

⁶ Ces faits sont de véritables hystéropexies. On ne peut mettre sur le même rang les opérations complémentaires faites successivement, au cours d'une autre opération.

Il est probable que beaucoup de laparotomistes ont fait, sans le publier, la fixation complémentaire et occasionnelle de l'utérus, après l'ablation d'un kyste de l'ovaire ou d'un corps fibreux, pour remédier à une rétroflexion ou à un prolapsus. C'est ce que j'ai fait moi-même en avril 1882, fixant un pédicule de kyste ovarique et guérissant ainsi une chute de l'utérus; cette observation n'a été mentionnée pour la première fois qu'à l'occasion de la discussion sur l'hystéropexie (*Soc. de chir.*, 11 nov. 1888), et publiée *in extenso* dans la thèse de DUMORET, *loc. cit.*, 1889, p. 119.

CZERNY avait pratiqué, dans le cours d'une laparotomie, une suture analogue du pédicule ovarique pour une rétroflexion, et avait présenté ce cas le 15 juin 1886 à la Société méd. rhénane de Darmstadt, mais le fait n'a été publié qu'en 1888. V. CZERNY, *Ueber die Vornäherung der rückwärts gelagerten Gebärmutter* (*Beitr. zur klin. Chir.*, 1888, Bd. IV, p. 164). Il avait pratiqué, à cette époque, 3 ou 4 fois cette hystéropexie complémentaire sur 46 ovariectomies.

Il convient à peine de ranger au nombre des hystéropexies complémentaires la fixation obligée d'un pédicule d'amputation supra-vaginale (MÜLLER. *Corresp. Blatt. f. Schw. Aertze*, 1878, nos 20 et 21). La fixation de l'utérus, après extirpation d'un myome sous-péritonéal, se rapproche davantage d'une opération spéciale (KALTENBACH. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. II, p. 188).

BRENNECKE, de Magdebourg (cité par KELLY, *loc. cit.*, p. 475), a fait la suture de la corne droite de l'utérus à l'abdomen, au cours d'une ovariectomie (en 1885), pour remédier à un prolapsus (succès). Dans un second cas, pendant une ovariectomie, suture des deux cornes utérines pour un prolapsus (insuccès); nouvelle opération sur la même malade : suture du pédicule (ovarique) à la paroi abdominale (1885-1886).