

En Angleterre Phillips¹ a publié un fait de ventro-fixation (pour prolapsus). Schauta² a rapporté quatre observations de sa pratique. Czerny³, dans un important mémoire paru en octobre 1888, a publié quatre observations de gastro-hystéropexie et décrit son procédé. En France, Terrier et Picqué ont les premiers pratiqué l'opération : Terrier au mois de mars 1888 pour une rétroflexion, au mois d'août 1888 pour un prolapsus, et Picqué, au mois de septembre⁴, pour une rétroflexion.

Depuis lors, les observations se sont excessivement multipliées en France⁵ comme à l'étranger, et leur énumération n'offre plus le même intérêt qu'à la période initiale de l'hystéropexie.

Technique opératoire. — On peut distinguer trois procédés principaux et divers procédés secondaires :

1° Procédé de fixation indirecte (Kœberlé, Klotz). — L'ovaire ou la trompe étant d'abord enlevés, le pédicule est fixé à la paroi abdominale. Klotz, qui a employé son procédé dans 58 cas⁶, attache beaucoup d'importance à l'adjonction d'un tube de verre en arrière de l'utérus jusqu'au cul-de-sac de Douglas, qu'on retire au bout de peu de temps et qui a pour effet de solliciter des adhérences fixatrices.

Ce procédé a l'inconvénient de sacrifier l'ovaire, de tordre l'utérus et de faire une réunion assez médiocre; il compte plusieurs succès⁷.

A l'exception, peut-être, de cette dernière opération, ces faits n'ont rien de commun avec les hystéropexies faites d'emblée et de propos délibéré.

WERTH (de Kiel), en 1887 (cité par KELLY, *loc. cit.* p. 474), faisant une castration pour remédier à des hémorragies, sutura les pédicules à la paroi, afin de guérir par la même occasion une rétroflexion extrême. En 1884, dans une autre ovariectomie pour un kyste dermoïde, WERTH sutura l'utérus rétrofléchi au péritoine de la vessie par des sutures à la soie. Ce n'est pas là une ventro-, mais une vésico-fixation, une cysto-hystéropexie. Un cas de WEIST (cité par KELLY, *loc. cit.*, p. 475), où il est dit qu'après l'ovariectomie on attachait le pédicule à l'abdomen pour guérir un prolapsus, rentre dans la classe des opérations fortuites très différentes des véritables gastro-hystéropexies.

¹ PHILLIPS. *On ventral fixation of the uterus for intractable prolapse* (*Lancet*, 20 oct. 1888, t. II, p. 760).

² F. SCHAUTA. *Prag. med. Woch.*, 1888, n° 29 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 45, p. 755).

³ V. CZERNY. *loc. cit.*, 164.

⁴ S. POZZI. *Rapport sur une observ. de Picqué* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 déc. 1888, p. 956). — TERRIER. *Ibid.*, 28 nov. 1888, p. 901.

⁵ J'ai moi-même fait plusieurs fois l'hystéropexie pour rétroversion avec succès. Chez une de mes opérées, le raccourcissement des ligaments ronds avait été pratiqué quelques mois auparavant par un opérateur habile et n'avait été suivi d'aucun résultat. S. POZZI. *Annal. de Gyn.*, mai 1890, t. XXXIII, p. 535.

Pour la bibliographie complète de la question, consulter l'excellent travail de MARCEL BAUDOUIN (*Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes contre les rétrodéviations de l'utérus*, Paris 1890) qui a réuni deux cent trente-cinq cas d'hystéropexies faites pour rétrodéviations jusqu'en juillet 1890.

⁶ C. L. KLOTZ. *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 4, p. 97.

⁷ L'auteur d'un récent article sur la gastro-hystéropexie a eu tort de voir un procédé analogue à celui de Klotz dans une indication très brève donnée par POLK (*Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, sept. 1887, *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 4045) dans un

Technique
opératoire.

Procédé de
Kœberlé
et Klotz.

2° Procédé de fixation directe latérale du corps utérin (Olshausen-Sänger). — Les sutures sont faites de chaque côté, non sur le fond, mais sur les limites de l'utérus, au niveau de ses bords, à l'aide du crin de Florence. On en fait trois de chaque côté; on a soin de ne comprendre dans la suture que le feuillet séreux antérieur et de ne pas piquer la trompe ou l'artère épigastrique (fig. 256 et 257). Ce procédé offre l'inconvénient de ménager une sorte de fente ou de

Procédé de
Olshausen et de
Sänger.

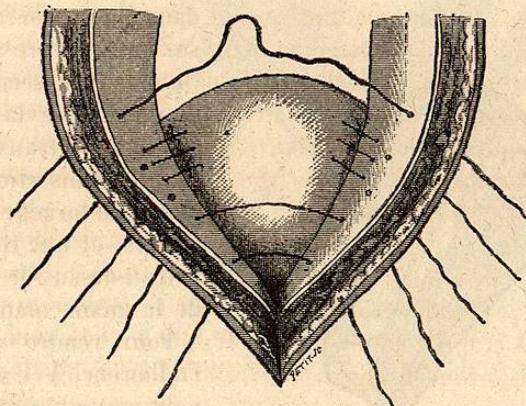


Fig. 256. — Gastro-hystéropexie; procédé de Olshausen et Sänger.

boutonnière entre l'utérus et la paroi abdominale, qui peut offrir des dangers d'étranglement interne.

Le procédé de Kelly¹ se rapproche de celui d'Olshausen et ne mérite pas une description spéciale; ce chirurgien fixe les cornes utérines au niveau de l'insertion des ligaments ronds, à la séreuse pariétale, après l'ablation de l'ovaire².

Procédé de Kelly.

3° Procédés de fixation directe médiane du corps utérin (Leopold, Czerny, etc.). Leopold fixe le fond même de l'utérus à la paroi abdominale. Le ventre ayant été ouvert, et l'utérus étant redressé après rupture des adhérences, on traverse la paroi abdominale

Procédé
de Leopold.

travail intitulé : *Les trompes et les ovaires doivent-ils être sacrifiés dans tous les cas de salpingites?* POLK se borne à dire que quand la déviation (en arrière) de l'utérus était due à l'action des annexes, « il a essayé deux fois, après avoir détaché les adhérences, d'y porter remède par un simple tube à drainage; mais il a obtenu des résultats inférieurs à ceux que lui a donnés ensuite l'opération d'Alexander appliquée aux mêmes cas ». Il n'y a donc eu là aucune fixation de l'utérus, mais un simple redressement, tandis que Klotz suture avec soin un pédicule ovarique ou tubaire.

¹ H. A. KELLY. *Hysterorrhaphy* (*Amer. Journ. of med. sciences*, mai 1888, p. 468).

² KELLY (*New-York med. Journ.*, 5 oct. 1889, p. 385, et *On Hysterorrhaphy*, in *John's Hopkins Hosp. Rep.*, janv. 1889, n° 2, p. 17) a décrit un nouveau procédé d'hystéropexie intra-péritonéale, qui ne semble guère supérieur au premier. Voir BAUDOUIN, *loc. cit.*, p. 81.

tout entière, d'avant en arrière, un peu en dehors des bords de la plaie, au niveau du fond de l'organe, avec une forte aiguille munie d'un fil de soie. On pénètre dans l'épaisseur du tissu utérin à la partie la plus élevée de la face antérieure de l'utérus, sur la ligne qui réunit l'insertion des deux ligaments ronds; l'aiguille chemine sous la séreuse et la couche superficielle du tissu musculaire dans une étendue de 1 centimètre, puis elle pénètre de nouveau, et cette

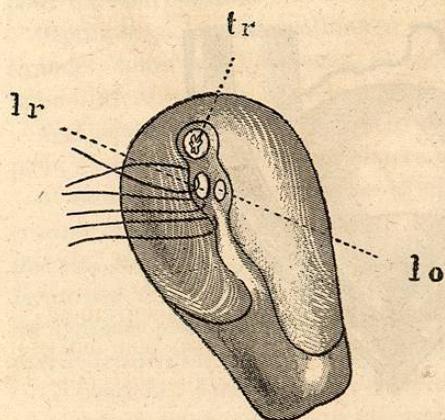


Fig. 257. — Gastro-hystéropexie; procédé de Olshausen et Sanger.

Vue de profil pour montrer le trajet des fils. *tr*, trompe; *lr*, ligaments ronds; *lo*, ligament de l'ovaire.

fois-ci d'arrière en avant, dans la paroi abdominale sur l'autre lèvre de la plaie. On place une seconde suture au-dessus de la première, sur la ligne transversale qui réunit les insertions tubaires dans une largeur de 2 centimètres, et une troisième un peu au-dessus de la seconde, de la même manière. Pour rendre plus facile l'adhérence à ce niveau, Leopold gratte légèrement, avec le dos du bistouri, la surface de revêtement péritonéal de l'utérus dans l'espace que circonscrivent ces sutures, de manière à faire un avivement superficiel non sanglant qui enlève simplement l'épithélium. Puis, on réunit les lèvres de la plaie abdominale à ce niveau, on serre et l'on noue ces trois sutures *au-dessus de la paroi abdominale* (fig. 258), de telle sorte que la face antérieure de l'utérus s'applique exactement en ce point au péritoine pariétal. On procède ensuite à la réunion du reste de la plaie, au-dessus et au-dessous. Les sutures de l'utérus sont enlevées au bout de douze à quinze jours. En s'abstenant de sutures perdues, Leopold pense qu'il provoque des adhérences plus lâches, moins serrées, moins gênantes pour la vessie¹.

Il est bon de placer un pessaire de Hodge, pendant un mois, pour soulager les sutures à maintenir la bonne position acquise.

Czerny² pique la paroi antérieure près du fond de l'utérus avec une aiguille très forte munie de catgut sublimé (il se servait primitivement de catgut chromique). L'aiguille traverse d'abord l'aponévrose et le péritoine, et chemine de nouveau sous eux du côté

Procédé de Czerny.

¹ LEOPOLD. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 11, p. 161, et *ibid.*, 1890, p. 185.

² CZERNY. *Beitr. zur klin. Chir.*, 1888, Bd. IV, Heft 1, p. 179.

opposé, mais sans comprendre les téguments dans le point de suture, ce qui est une différence capitale d'avec le procédé de Leopold. On place ainsi de un à deux fils, en ayant soin de ne pas exercer de traction sur l'utérus et de le fixer en un point où il s'applique facilement; on noue les fils, on en coupe les chefs, et on suture par-dessus la paroi abdominale (fig. 259).

Le procédé de Terrier¹ est une variante du précédent. Il commence par passer provisoirement un fil de soie dans le fond de l'utérus, en pénétrant très peu dans son tissu, pour attirer l'organe en haut. Un gros catgut sert pour les sutures définitives, au nombre de trois, sur la face antérieure de l'utérus: la première, au niveau du col et du corps, la seconde vers le milieu du corps, la troisième très près du fond. Ces fils traversent

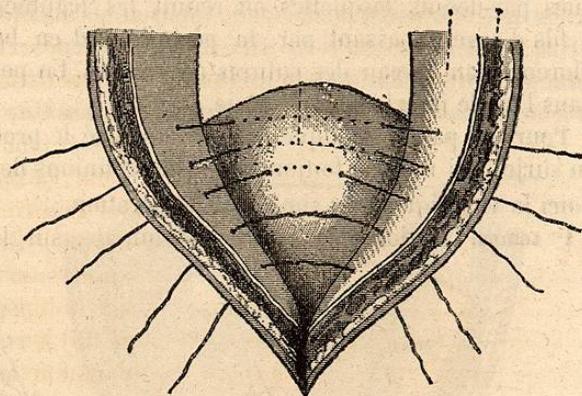


Fig. 258. — Gastro-hystéropexie; procédé de Leopold.

Procédé de Terrier.

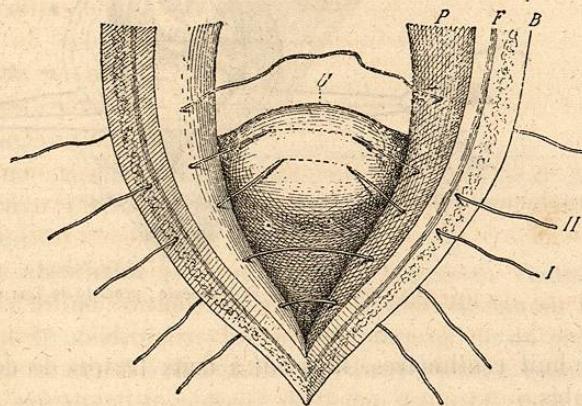


Fig. 259. — Gastro-hystéropexie; procédé de Czerny.

la couche superficielle de l'utérus et toute l'épaisseur de la paroi abdominale, à l'exception du tissu cellulaire et de la peau. C'est là que réside la différence réelle avec le procédé de Leopold, mais la seule qui le sépare de celui de Czerny est le soin que prend Terrier de passer ses fils en faufilant, de manière à ce qu'une portion du fil ne soit pas cachée dans l'épaisseur des tissus, et à

¹ DUMORET, *loc. cit.*

l'interposer entre la face antérieure de l'utérus et la paroi abdominale. Il pense que la production des adhérences est ainsi mieux assurée (fig. 260). Ces fils étant noués constituent des sutures perdues par-dessus lesquelles on réunit les téguments, en haut par 3 fils d'argent passant par le péritoine, et en bas par 3 crins de Florence, au niveau des sutures de l'utérus. Un petit drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie.

Procédé de
Pozzi.

Pour ma part, j'applique à l'hystéropexie le procédé de la suture en surjet qui me sert toujours dans les réunions de quelque étendue. Voici la technique, très simple, de l'opération :

1^{er} temps. Incision de la paroi abdominale, sur la ligne médiane,

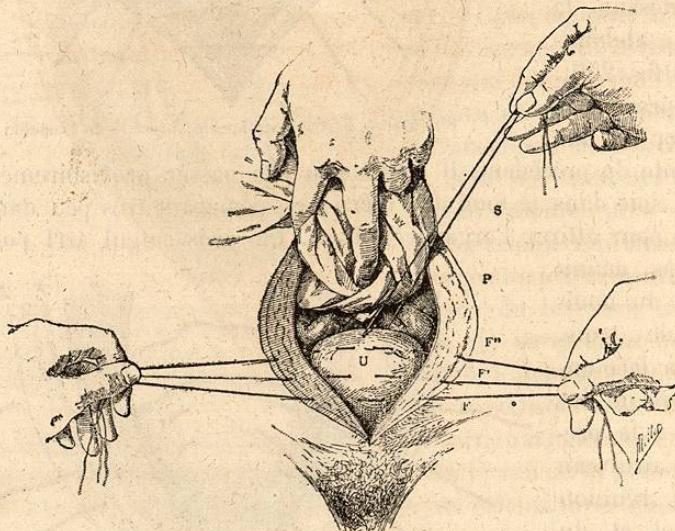


Fig. 260. — Gastro-hystéropexie; procédé de Terrier.

de huit centimètres, finissant à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

2^e temps. Introduction de l'index et du médium de la main droite dans la plaie; recherche et libération du fond de l'utérus qui est ramené en avant; pendant ce temps, il peut être utile qu'un aide soulève l'organe, à l'aide de ses doigts introduits dans le vagin.

3^e temps. Fixation provisoire du fond de l'utérus avec des pinces tire-balle placées très superficiellement sur la partie médiane du fond, où la piqure des mors ne cause pas d'hémorragie. Elles sont confiées à un aide qui soulève ainsi l'organe. Le chirurgien, armé d'une aiguille de Hagedorn munie de soie fine mais résistante, fait, à la partie inférieure de la plaie, deux points de suture comprenant la

totalité du plan séro-fibro-musculaire des parois abdominales, de manière à y prendre un point d'appui. A partir de là, il fait rapidement un surjet ascendant dont la spirale traverse successivement toute la partie profonde de la plaie abdominale (peau et tissu cellulaire exceptés), la couche superficielle de l'utérus sur sa partie médiane, puis l'autre lèvre de l'incision abdominale; trois à quatre points de suture suffisent. Dès que l'utérus est de la sorte fixé à la paroi antérieure, le surjet de soie est arrêté (fig. 261).

4^e temps. Le reste de la plaie est fermé par un surjet au catgut, à deux plans superposés. Deux sutures à la soie comprenant la peau et le tissu cellulaire et un surjet superficiel au catgut terminent l'opération.

Sur beaucoup de questions secondaires de technique, les chirurgiens ne sont pas d'accord.

Faut-il employer un

fil de suture non absorbable (soie ou crin de Florence), comme Leopold, Sängér, Phillips, ou du fil d'argent, comme Olshausen le propose, pour plus de solidité dans les cas de prolapsus, ou du gros catgut absorbable, comme Terrier et Czerny? Faut-il placer, immédiatement après l'opération, un pessaire de Hodge (Leopold), faire le tamponnement du vagin, quand il s'agit d'une rétroversion (Sängér), ou maintenir la malade dans un lit incliné vers la tête pour éviter la pression intestinale quand on a opéré pour un prolapsus (Phillips)?

Ce sont là des points de détail que je ne saurais discuter: qu'il me suffise de les avoir indiqués.

Gastro-hystéropexie d'emblée, sans laparotomie. — La profonde terreur que le péritoine inspirait autrefois à tous les chirurgiens leur a fait longtemps redouter et fait redouter encore à beaucoup d'entre eux l'incision de cette séreuse. D'autre part, la possibilité de redresser momentanément l'utérus rétrofléchi, de manière à porter son fond

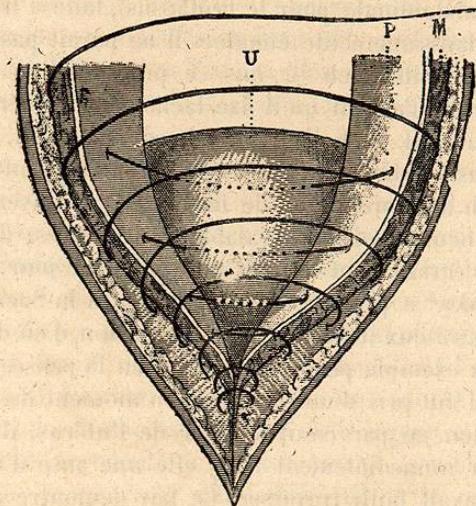


Fig. 261. — Gastro-hystéropexie; procédé de Pozzi.
Fixation de la face antérieure de l'utérus par un surjet de soie.
U, utérus. — P, péritoine. — M, couche musculo-aponévrotique.

Gastro-
hystéropexie
d'emblée.

au contact de la paroi abdominale antérieure, a fait naître. depuis longtemps, l'idée de procéder à sa fixation antérieure, directement, sans laparotomie. D'après Emmet¹, ce serait Marion Sims qui, dès 1859, aurait eu, le premier, cette conception opératoire. Il fit même fabriquer une aiguille tubulée spéciale dans le but de passer un fil d'argent à travers le fond de l'utérus. Mais, ayant un jour commencé l'opération, il n'eut pas l'audace de la terminer.

Procédé de Caneva.

Caneva², plus de vingt ans après, formula les règles d'une hystéropexie abdominale (pour le prolapsus), faite à travers la séreuse mise à nu dans une petite étendue. Il ne paraît pas l'avoir exécutée. Par contre, Kaltenbach³ a mis ce procédé cinq fois en usage; il se sert de fil d'argent qu'il fixe lâchement au périoste de la symphyse pubienne. H. A. Kelly⁴, plus hardi encore, a, par trois fois, suturé l'utérus à l'abdomen, en passant profondément deux ou trois sutures de crin de Florence ou de fil d'argent à travers le fond de l'organe, sans aucune incision préalable. Les sutures, fixées par un grain de plomb écrasé, sont retirées au quinzième jour.

Assaky⁵ a proposé cette opération à la Société de chirurgie, et a fourni à Roux (de Lausanne)⁶ l'occasion d'en démontrer les dangers par un exemple personnel : ayant eu la pensée de faire cette opération, il fut pris d'un scrupule, au moment de traverser le péritoine que rien ne paraissait séparer de l'utérus, il incisa la séreuse et trouva immédiatement sous elle une anse d'intestin grêle, aplatie, qu'il avait failli traverser. Ce fait démontre péremptoirement tous les dangers de ce procédé brillant, mais aveugle.

Pronostic.

Pronostic de la gastro-hystéropexie. — D'après les résultats publiés jusqu'ici, les cas de mort⁷ à la suite de cette opération ont été très rares; elle n'offre pas plus de gravité qu'une laparotomie non compliquée, qui constitue actuellement une opération bénigne. Il n'est pas douteux cependant qu'elle pourra être parfois aggravée par des déchirures intra-abdominales assez étendues (comme dans un cas de Klotz), lorsque l'on aura à libérer de fortes adhérences de l'utérus.

¹ EMMET. *Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, Boston, sept. 1889 (*Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1889, p. 1069).

² CANEVA. *Gaz. degli Ospit.*, 20 déc. 1882, n° 102, p. 810.

³ KALTENBACH. *Réunion des natur. all.*, Heidelberg, 5 sept. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 731).

⁴ H. A. KELLY. *Amer. Journ. of Obstetr.*, oct. 1887, p. 1068.

⁵ ASSAKY (de Bucarest). *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 20 nov. 1889. Il l'a, depuis, exécutée sans accident (*La Clinica*, 1890, Bucarest, n° 1).

⁶ ROUX (de Lausanne). *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 4 déc. 1889, p. 755.

⁷ L'auteur de l'analyse d'un travail de LEE (*Amer. Journ. of med. sciences*, févr. 1889, p. 216) cite deux cas de mort, l'une immédiate, l'autre tardive, à la suite de la gastro-hystéropexie. Ils ne paraissent pas avoir été publiés. POLAILLON (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 66) a rapporté un cas de mort; l'opération avait été faite pour un prolapsus.

en particulier des adhérences en surface au rectum. C'est dans ces cas-là seulement qu'un drainage sera rationnel.

L'expérience a prouvé que la vessie ne subissait pas la compression médiane, et se dérobait latéralement; on n'a pas observé de troubles notables ou, du moins, persistants de la miction.

Les guérisons paraissent durables : C. Braun a revu la malade de Koeberlé, guérie dix ans après (1879); l'utérus était parfaitement en place. Leopold¹ a pu constater des guérisons après trois ans et Korn² au bout de seize mois (il s'agit de rétroversions). Toutefois Säger³ a présenté deux de ses malades au dernier Congrès de gynécologie de Halle, en mai 1888; chez l'une d'elles, opérée seulement depuis trois mois, la rétroflexion avait déjà une tendance à se reproduire.

Gastro-hystéropexie et grossesse. — Une question qu'il est très important de résoudre autrement que par des considérations théoriques, c'est l'influence que peut avoir la grossesse sur la position de l'utérus suturé à l'abdomen. Les adhérences sont-elles détruites? La grossesse est-elle entravée par la gêne apportée au développement de l'utérus, ou bien celui-ci peut-il se faire librement en dehors et au-dessus du point très limité où l'organe est immobilisé? Une des raisons pour lesquelles Olshausen, Säger, etc., ont adopté la suture des bords et non de la face antérieure de l'organe et pour lesquelles aussi Leopold a redouté la suture perdue, semble être précisément la crainte de gêner le développement de la matrice durant la gestation. Mais leur procédé assure une adhérence moins efficace, et, de plus, la fente que laisse subsister Olshausen entre l'utérus et la vessie constitue, malgré toutes les précautions opératoires, une boutonnière dangereuse au point de vue de l'étranglement interne.

Grossesse.

Du reste, l'expérience, sur ce point encore, a eu raison des objections théoriques. Il est actuellement démontré que la grossesse et l'accouchement à terme ne sont pas chose rare, à la suite de l'hystéropexie; les exemples de grossesse évoluant normalement se sont rapidement multipliés dans ces derniers temps.

Säger⁴ a opéré d'hystéropexie deux femmes chez lesquelles la grossesse est survenue et a évolué normalement. L'une d'elles avorta une première fois, mais mena une deuxième grossesse à terme; l'autre accoucha à terme. Olshausen⁵ rapporte un cas d'accouche-

Accouchement à terme.

¹ LEOPOLD. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 11, p. 186.

² KORN. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 1, p. 11.

³ SÄGER. *Verhandl. der deutsch. Ges. f. Gyn.*, 2° Kongress, 1888, p. 110.

⁴ M. SÄGER. *Ueber Pessarieren*, Leipzig, 1890, p. 45. — *Ueber Schwangerschaft nach konservativen Ventrofixatio uteri retroflexi* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 506).

⁵ OLSHAUSEN. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1890, t. XX, p. 250.

ment à terme, survenu chez une opérée de Kaltenbach. Fraipont¹, relevant 6 cas d'hystéropexie opérés à la clinique de v. Winiwarter trouve 1 accouchement à terme, 1 accouchement prématuré (traumatisme) et 1 accouchement au 8^e mois (enfant vivant). Jacobs (de Bruxelles)² a vu une de ses opérées accoucher à terme. Klotz³ a observé 4 grossesses : 4 accouchements à terme. Leopold⁴, sur 19 cas de ventro-fixation pour rétroflexion, a constaté 3 grossesses normales. Gottschalk⁵ a constaté la grossesse chez une de ses opérées : avortement au 3^e mois. Flaischlen a publié un cas d'accouchement à terme tiré de la pratique de Carsten⁶; une de ses opérées enceinte de 4 mois est en observation. Enfin, Howitz⁷ a constaté la grossesse chez une de ses opérées, quelques semaines après l'opération : l'accouchement se fit normalement. Chez nous, Routier⁸ a vu heureusement accoucher une de ses opérées.

Il est important de faire remarquer que ces différents cas de grossesse et d'accouchement que nous venons d'énumérer n'ont pas été suivis de récurrence de la rétrodéviation. Ni chez les 3 accouchées de v. Winiwarter, en effet, ni chez celles de Säger, il n'y eut récurrence; pas de récurrence non plus chez les 4 accouchées de Klotz, chez celles de Leopold ni celle de Howitz. Six semaines après l'accouchement, l'utérus de la malade de Kaltenbach était encore en antéversion. Jacobs a présenté sa malade, parfaitement guérie, à la Société gynécologique de Bruxelles. Routier a noté que, chez son accouchée, les adhérences fixatrices n'étaient pas détruites. La malade de Carsten n'a pas été revue; celle de Flaischlen avait l'utérus en antéflexion, au quatrième mois de sa grossesse.

Indications de la gastro-hystéropexie dans les cas de rétroversion. — Doit-on, avec Säger et Leopold, confiants dans l'innocuité absolue de la laparotomie antiseptique, la pratiquer même pour des cas de *retroversio mobilis*, c'est-à-dire réductibles, lorsque le pessaire,

Indications
de la gastro-
hystéropexie.

¹ F. FRAIPONT. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, juill. 1891, p. 531.

² JACOBS, *Communic. écrite à SÄGER. Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 44, p. 882. — *Observation inédite* in R. LABUSQUIÈRE, *De la grossesse après l'hystéropexie* (*Annal. de Gyn. et d'Obstet.*, août 1891, p. 131).

³ C. L. KLOTZ. *Soc. gynécol. de Dresde*, 15 nov. 1890 (*Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 97) et *Communic. écrite*, déc. 1891.

⁴ G. LEOPOLD, cité par SPERLING. *Zehn weitere Fälle von Ventrofixatio uteri retroflexi* (*Deutsche med. Woch.*, 1891, n° 5). — LEOPOLD. *Ventrosfixatio uteri und Schwangerschaft* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 317).

⁵ GOTTSCHALK. *Zur Frage des Einflusses der Ventrosfixatio uteri auf spätere Schwangerschaft* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 155).

⁶ CARSTEN, cité par FLAISCHLEN. *Zur Ventrosfixatio uteri* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1891, t. XXII, Heft 1, p. 191).

⁷ F. HOWITZ et L. MEYER (de Copenhague). *Zur operativen Behandlung der Retrodeviationen des Uterus* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 48, p. 979).

⁸ ROUTIER. *Observation en partie inédite* (BAUDOIN, *loc. cit.*, p. 375).

convenable, recherché avec persévérance de la part du médecin et avec patience de la part de la malade, se montre impuissant et que les accidents persistent? Ce serait là, me semble-t-il, une faute. Le raccourcissement des ligaments ronds offre une ressource trop précieuse¹ pour être, en pareil cas, négligée. A la vérité, dans une de ses observations (la septième), Säger a bien d'abord essayé, sans succès, l'opération d'Alexander. Mais, dans une autre observation (la sixième), il s'est décidé, d'emblée, à la laparotomie, sans avoir, au préalable, tenté de maintenir l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds. La même remarque peut s'appliquer à la première opération de Leopold. Il y a là un abus contre lequel on doit, me semble-t-il, protester. Quand deux opérations sont susceptibles de donner les mêmes résultats, il ne faut se résoudre à la plus grave qu'après avoir vainement tenté la plus bénigne (*actum minoris periculi*). Or, on ne saurait, malgré les progrès de la chirurgie abdominale, prétendre que l'ouverture du péritoine et la suture de l'utérus n'exposent pas plus la vie des malades qu'une incision superficielle et la suture des ligaments ronds raccourcis.

Mais, si je repousse comme une exagération la gastro-hystéropexie, faite d'emblée pour une rétroversion douloureuse mobile et incoercible au moyen du pessaire, avant d'avoir fait l'essai de l'opération d'Alexander, je la crois légitime quand cette première ressource aura échoué. Elle est plus rationnelle, plus sûre et peut-être même moins périlleuse que les opérations d'hystéropexie vaginale. Elle est, on en conviendra, préférable à l'extirpation de l'organe par le vagin.

Enfin, l'indication principale de l'hystéropexie abdominale me paraît résider dans les cas de rétroflexions irréductibles, où des fausses membranes et des adhérences, qu'on n'a pu vaincre sous le chloroforme, ramènent toujours le fond de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas, parfois après une fausse réduction où l'organe ne s'est déplacé qu'en entraînant avec lui la paroi antérieure du rectum. Quand, pendant une séance d'épreuve sous l'anesthésie, on s'est convaincu de l'irréductibilité par les manœuvres externes aidées de l'emploi de la sonde ou du redresseur; quand, surtout, on s'est aussi assuré que le doigt, directement introduit dans la matrice, préalablement dilatée, comme le conseille Schultze, ne peut en effectuer le redressement, dans ces cas-là, on n'a que deux partis à prendre : ou s'abstenir de nouvelles tentatives, qui n'auraient pour effet que d'exposer la malade à des accidents sérieux, du côté des annexes et du péritoine pelvien, et se borner alors à un traitement

¹ U. TRÉLAT. *Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes* (*Semaine méd.*, 4 juill. 1888, p. 261).