

utérines des ligaments larges au péritoine pariétal, dans l'incision de celui-ci, les fils embrassant les muscles droits. Czerny et Léopold suturent le fond même de l'utérus. Comme matériel de suture on emploie le catgut.

Note additionnelle.

[Voici en quelques mots la technique la plus usitée pour l'hystéropexie abdominale. Incision sus-pubienne médiane, de faible longueur, examen du petit bassin, destruction des adhérences utérines, s'il y a lieu, traitement des annexes, le cas échéant, et, à ce propos, il est curieux de noter combien, le plus souvent, la ligature nécessitée par la castration ovaro-salpingienne, même unilatérale, suffit à redresser la matrice. La face utérine antérieure est attirée dans la plaie. Le point d'élection pour le passage des fils est la partie de la face antérieure intermédiaire à l'isthme et au fond. Ce mode de fixation permet à l'utérus gravide de se développer librement dans l'abdomen, alors que la fixation du fond, que l'on ne saurait trop proscrire, prédispose à l'avortement et aux mauvaises présentations.

On passe horizontalement trois fils de gros catgut dans l'épaisseur de la paroi utérine, sans intéresser la muqueuse. Le fil supérieur doit correspondre à peu près à l'insertion utérine des ligaments ronds. Les chefs des fils sont ensuite conduits à travers toute l'épaisseur de la couche musculo-aponévrotique de la paroi. Le péritoine est suturé, les fils de fixation noués et l'opération terminée comme une laparotomie ordinaire.]

## X

### OPÉRATION D'ALEXANDER-ADAM

Cette intervention est exécutée après découverte de la portion inguinale des ligaments ronds.

#### ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE ET OPÉRATOIRE DE LA RÉGION INGUINALE

Une incision cutanée menée parallèlement au ligament de Poupart, et immédiatement au-dessus, rencontre, au-dessous du pannicule adipeux, le fascia abdominal superficiel. Une mince couche celluleuse sépare le fascia de l'aponévrose résistante du muscle grand oblique. Cette dernière couvre et forme le canal inguinal, dont l'orifice interne est situé un peu en dedans du trajet de l'artère épigastrique, repérable, on le sait, à égale distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure et du pubis. L'anneau inguinal externe peut être reconnu par la palpation, un peu en dedans de l'épine du pubis. Cet orifice est constitué par une division des fibres de l'aponévrose du muscle oblique externe qui forme les piliers supérieur et inférieur de l'anneau, en haut duquel existent des fibres rayonnées, intermédiaires, dites arciformes. Cet orifice est recouvert par un fascia se continuant avec l'enveloppe fibreuse des lèvres. Entre les piliers passent le ligament rond et le nerf ilio-inguinal, dont le trajet croise la veine honteuse externe.

Dans le canal inguinal passent donc le ligament rond et le nerf ilio-inguinal. Pour découvrir le ligament, il faut fendre l'aponévrose du grand oblique sur une longueur de 7 à 8 centimètres, à partir de la symphyse et parallèlement au ligament de Poupart. Nous pouvons ainsi voir la paroi postérieure du canal, constituée par le fascia transversalis et la portion réfléchie de l'arcade fémorale. Près de l'orifice inguinal interne, on aperçoit un prolongement en forme de cul de sac accompagnant le ligament rond : c'est le diverticule péritonéal de Nüek, qui n'adhère que très lâchement au ligament. L'anneau inguinal interne est bien délimité par le *repli semi-lunaire* du fascia transversalis.

Derrière le canal inguinal sont placés les vaisseaux épi-gastriques.

*Le raccourcissement des ligaments ronds* d'après la méthode d'Alexander Adam se fait de la façon suivante : une incision arquée est menée de l'épine du pubis vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement et un peu au-dessus du ligament de Poupert. On met à nu l'aponévrose du grand oblique et l'anneau inguinal externe reconnaissable à ses fibres arciformes et à ses piliers. Une fois le canal inguinal ouvert, on attire doucement le ligament rond à l'extérieur sur une longueur d'environ 10 centimètres. Si on tire davantage l'utérus peut basculer en arrière par suite de la traction qui se produit à ce moment sur le ligament large (Zweifel). En opérant la traction, on attire le diverticule péritonéal qui sera parfois ouvert.

Les sutures de fixation du ligament rond servent en même temps à fermer le canal inguinal. L'aiguille, après avoir perforé l'aponévrose du grand oblique, traverse le ligament rond, puis le ligament de Poupert. On emploie le catgut et des points séparés. Les lèvres de l'incision sont ensuite réunies.

[*Segond*, étudiant la valeur de l'opération d'Alquié, Adam-Alexander, insiste sur ce fait que, dans le traitement des rétro-déviation, les indications chirurgicales sont plus rares qu'on ne le pense. Nombre de cas sont justiciables du massage et d'une thérapeutique utérine directe, mais non sanglante. Il est cependant des cas, encore assez nombreux, où la guérison n'est possible que par le bistouri, et c'est alors à l'hystéropexie qu'il faut donner la préférence.

Les fixations vaginales sont, nous l'avons dit, aussi peu rationnelles que possible. Quant à l'opération d'Alexander, ses indications sont on ne peut plus rares. Mauvaise en cas de prolapsus et de déviations adhérentes, elle ne trouve ses indications vraies que chez les jeunes malades dont la rétro-déviation est mobile et qui souffrent uniquement de leur déviation utérine. Or, rien n'est plus rare que la rétro-déviation en tant qu'entité morbide. L'hystéropexie a le triple avantage de mettre sûrement l'utérus en bonne place, de vérifier l'état des annexes et d'éviter, en définitive, les ennuis d'une opération inutile.]

## TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION . . . . .	1
<b>I. — OPÉRATIONS QUE L'ON PEUT PRATIQUER SANS LE SECOURS DU SPECULUM. . . . .</b>	
Anatomie topographique et opératoire du plancher pelvien . . . . .	2
Opérations sur la vulve. . . . .	6
1. — RESTAURATION PÉRINÉALE TOTALE. SUTURE D'UNE DÉCHIRURE PÉRINÉALE COMPLÈTE. . . . .	7
Procédés d'Emmet et de Lawson-Tait . . . . .	12
2. — SUTURE DE LA DÉCHIRURE INCOMPLÈTE DU PÉRINÉE. . . . .	19
Méthodes par avivement. . . . .	20
Méthodes à lambeaux et par dédoublement. . . . .	20-23
3. — DE L'ÉPISIOTOMIE . . . . .	23
4. — EXTIRPATION DE LA RÉGION VULVAIRE OU DE L'HYMEN. . . . .	24
5. — OPÉRATIONS CONTRE L'INCONTINENCE D'URINE. . . . .	24
6. — RÉSECTION DE L'URÈTHRE. . . . .	25
<b>II. — OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT APRÈS SIMPLE ÉCARTEMENT DES PAROIS VAGINALES</b>	
Anatomie topographique et opératoire du vagin et de la « portio vaginalis » du col . . . . .	26
1. — COLPORRHAPHIE POSTÉRIEURE. COLPOPÉRINEORRHAPHIE. PÉRINEAUXESIS . . . . .	28
Colpopérineoplastie par glissement (procédé de Doléris). . . . .	30
Colpopérineauxesis de Hegar. . . . .	31
2. — COLPORRHAPHIE POSTÉRIEURE . . . . .	32
3. — COLPORRHAPHIE ANTÉRIEURE . . . . .	32