

maintient bien la matrice, sans dilater avec excès les parties molles et sans occasionner de souffrances.

Non seulement, on doit le bien choisir, mais il devra être laissé en place longtemps : cinq, six mois et même un an. Il suffit de recommander aux malades l'usage d'injections quotidiennes et de retirer l'instrument tous les deux mois pour en assurer la propreté en même temps que pour contrôler le résultat obtenu.

Mais il faut savoir que le pessaire n'est pas toujours indiqué. Quand les parois vaginales sont très prolabées, le périnée déchiré, la vulve béante, le pessaire ne trouve pas de point d'appui et ne peut rester dans une bonne position. Son action est nulle.

TIGES INTRA-UTÉRINES. — Quant aux tiges intra-utérines appliquées à la cure des déviations en arrière, elles ne sont pas recommandables.

COLUMNISATION DU VAGIN. — L'utérus est-il réduit, on peut le maintenir, à défaut de pessaire, par la columnisation ou tamponnement méthodique du vagin. Mais ce procédé, excellent pour obtenir la décongestion des organes contenus dans le petit bassin et la résorption des exsudats, ne peut être considéré comme un moyen de contention de l'utérus.

ÉLECTRICITÉ. — A titre de méthode adjuvante, l'électricité peut être employée. Mais il serait puéril de se contenter des différentes applications de l'électricité pour assurer la guérison d'une rétrodéviatio.

MASSAGE. — Le massage produit de bons effets dans le traitement des déviations mobiles de l'utérus en arrière. La méthode de Thure-Brandt judicieusement appliquée produit d'excellents résultats. Le massage est un bon adjuvant, mais c'est une arme dangereuse à manier. Si les manœuvres portent sur des lésions non éteintes ou suppurées, il peut se produire à l'improviste de redoutables catastrophes. Il ne peut être substitué au pessaire, mais il peut être associé à la méthode de réduction et de fixation qui a été exposée plus haut.

Quel que soit le procédé employé pour obtenir la reposition utérine, il est remarquable de constater les effets produits par le maintien de l'utérus en antéversion-flexion ou dans une position approchante. L'utérus se décongestionne rapidement. Les sécrétions diminuent et les phénomènes de gêne disparaissent. C'est à ce point que la malade qui porte un pessaire ne peut guère s'en passer dans les premiers temps. Si par hasard la culbuté en arrière de l'utérus vient à se reproduire, la patiente s'en aperçoit et vient demander au chirurgien de rectifier la position de son utérus.

TRAITEMENT MÉTRITIQUE. — Dans certains cas, la métrite persiste, malgré le soulagement apporté par la réduction et le pessaire. Il y a lieu alors de soumettre l'utérus aux différents traitements susceptibles de faire disparaître l'inflammation de la muqueuse utérine.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — On ne peut oublier que la rétrodéviatio s'observe chez des femmes qui sont des neurasthéniques, des arthri-

tiques et des anémiques. Il y a lieu de bien se rendre compte des ptoses viscérales (néphroptose, entéroptose, etc.) qui se trouvent associées à la rétrodéviatio qui est aussi souvent accompagnée d'un certain degré de prolapsus. Le traitement médical de l'entéroptose trouve ici son application, en même temps que l'on mettra à la malade un pessaire et une ceinture abdominale appropriée. La cure hydro-minérale aura ici ses indications.

Méthodes sanglantes. — Le nombre des méthodes et des procédés opératoires qui ont été imaginés pour remédier à la rétrodéviatio est véritablement considérable. Ces tentatives successives sont la démonstration la plus évidente de la difficulté que les chirurgiens rencontrent dans la cure des déviations en arrière.

On s'est adressé à tous les ligaments qui sont susceptibles de maintenir l'utérus en bonne situation. Ces raccourcissements et fixations ligamentaires forment tout d'abord un groupe important. On a essayé de fixer l'utérus directement, soit à la paroi vaginale, soit à la paroi abdominale. Enfin on a tenté, par la voie haute et par la voie basse, de modifier la forme de l'utérus, de diminuer la longueur de la paroi antérieure de l'utérus en enlevant une tranche horizontale du tissu musculaire de l'organe et en rapprochant les deux lèvres de l'incision.

Nous décrirons successivement les opérations qui portent sur les ligaments, celles qui ont pour but de fixer l'utérus et celles qui agissent directement sur la face antérieure de l'utérus.

1° *Opérations sur les ligaments ronds.* — *Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par cœliotomie.* — Polk (1887) eut l'idée de pratiquer le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. C'est Wylie (1889) qui exécuta l'opération le premier en 1886, avant la publication de son mémoire. Différentes modifications ont été apportées à cette opération par Dudley, Ruggi et M. D. Mann.

Wylie saisit chaque ligament rond au milieu de son trajet avec une pince hémostatique et l'attire dans la plaie abdominale. Il existe ainsi une anse coudée que l'on doit accoler à elle-même de manière à obtenir le raccourcissement du ligament rond. La face concave de cette anse est avivée. Il suffit d'appliquer sur ce pli trois ou quatre sutures pour le fixer. Ces sutures traversent les deux portions ligamenteuses accolées. On répète la même manœuvre de l'autre côté. On obtient ainsi le raccourcissement des ligaments ronds dans la mesure que l'on désire et qui est en rapport avec le degré de la rétrodéviatio.

Ruggi attire le ligament rond, saisi en son milieu, pour former une anse dont la concavité regarde en bas, suture avec du catgut d'abord les deux points extrêmes du ligament rond et fait un double surjet qui part de l'utérus, va vers la pince qui a saisi le ligament et revient vers la matrice.

Bode se contente de suturer près de l'utérus et du pubis l'anse créée comme dans les procédés précédents. Le fil traverse le ligament rond à ses deux extrémités et est serré. On le fait passer dans la paroi utérine et on le noue une deuxième fois.

Polk attire les ligaments ronds au-devant de l'utérus et les rapproche l'un de l'autre. Il pratique un avivement sur leur face interne et place plusieurs fils à travers les deux portions contiguës du ligament.

Dudley a proposé d'aviver la face antérieure de l'utérus depuis l'insertion du ligament rond jusqu'au point où le péritoine passe de l'utérus sur la vessie. Il isole le ligament rond, l'applique sur la portion avivée et le suture au catgut. Ce procédé a été modifié par Baudouin qui ne fait pas d'avivement et se contente de fixer, dans la même direction que Dudley, les deux portions de l'anse dont la boucle est sur la face antérieure de l'utérus près du cul-de-sac utéro-vésical.

Matthew D. Mann fait porter le raccourcissement sur les deux tiers, externe et interne, et saisit le ligament avec deux pinces, de telle sorte que chaque ligament rond est divisé en trois portions égales. Un fil est passé, d'une part, dans l'utérus, et, de l'autre, dans le ligament, à l'union du tiers externe et du tiers moyen. L'autre fil traverse d'un côté la paroi abdominale et, de l'autre, le ligament rond à l'union du tiers externe et du tiers moyen, près de la seconde pince.

INDICATIONS. — Ces différents procédés ne méritent qu'une simple mention. La pratique n'a pas consacré ces opérations, qui ne sont pas tombées dans le domaine gynécologique commun. Quelques-uns des créateurs de ces interventions continuent à raccourcir les ligaments ronds par la voie abdominale. S'il est possible, à la rigueur, au cours d'une laparotomie pour rétrodéviations compliquées de lésions annexielles, de faire l'une des opérations sus-indiquées, après ablation des annexes d'un côté, cette intervention ne peut être recommandée d'une façon générale. Elle ne répond pas aux indications opératoires qui résultent des conditions anatomo-pathologiques des rétrodéviations.

Fixation abdominale des ligaments ronds. — Olshausen, Saenger, Doleris, Ch. Beck, ont réalisé cette fixation des ligaments ronds dans la plaie de la paroi abdominale.

Le ligament rond est saisi, après ouverture du cœlome, à 2 ou 3 centimètres de l'utérus. Une petite incision, faite au péritoine, permet de prendre le ligament avec une pince et de l'attirer au dehors. Il se forme une anse que l'on fixe solidement à la paroi, après avoir fermé la petite boutonnière pratiquée sur la séreuse par quelques points de suture.

INDICATIONS. — Les mêmes réflexions qui viennent d'être faites sur

les procédés de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds peuvent être appliquées ici. Il s'agit d'une opération d'exception et qui ne cadre pas avec les indications ordinaires des rétrodéviations.

Raccourcissement des ligaments ronds par le vagin. — Bode et Wertheim ont préconisé cette opération, qui a été exécutée par Schauta en 1897 et qui a été répétée souvent en Amérique avec des modifications différentes.

Voici comment on peut recommander de pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale :

Il faut faire tout d'abord la colpo-cœliotomie antérieure. Le col est abaissé; la paroi vaginale antérieure écartée. On pratique une incision transversale sur la partie antérieure du col, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. La vessie est décollée et refoulée. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin est ouvert largement. Avec le doigt passé en crochet par cette ouverture et dirigé au-dessus de l'utérus, on essaie de faire basculer cet organe en avant et de le faire passer à travers la boutonnière vaginale. Si la manœuvre ne réussit pas, on passera avec une aiguille montée un fil sur la partie médiane de la face antérieure de l'utérus, ou on saisira la paroi antérieure de l'utérus avec une pince, dans le but de provoquer la sortie de l'utérus de la cavité abdominale. On a ainsi sous les yeux le ligament rond et la trompe. Il faut avoir soin de ne pas faire une confusion entre le ligament et l'oviducte.

On cherche le ligament rond et, à une certaine distance de l'utérus, on le saisit avec une pince. On attire le ligament dans la plaie vaginale. On crée ainsi une anse de 5 centimètres environ. Les deux portions ligamenteuses juxtaposées et qui forment l'anse sont fixées l'une à l'autre par plusieurs points de suture à la soie.

La même opération sera exécutée du côté opposé.

On peut lier, au-devant de l'utérus, la boucle formée par le ligament rond droit raccourci avec l'anse formée par l'autre ligament rond.

La plaie vaginale est fermée.

INDICATIONS. — Cette opération, par elle-même, ne peut remédier à la rétrodéviations, pour les raisons qui seront développées plus loin. Mais elle peut constituer un des temps des interventions complexes qui sont dirigées contre la déviation en arrière. Il est loisible de la substituer à l'opération classique d'Alquié-Alexander. Mais il est utile de dire tout d'abord que ce raccourcissement des ligaments ronds n'aura une valeur et une efficacité réelles que si l'on répond aux autres indications : curage contre la métrite du corps, amputation du col pour la cervicite, réfection du plancher pelvien (colporraphie et colpopérinéorrhaphie). Elle donne de bons résultats dans ces conditions précises.

Vagino-fixation des ligaments ronds. — Cette opération a été

bien réglée par Wertheim et semble avoir été imaginée par Schauta.

Les différents temps opératoires ressemblent à ceux qui ont été décrits précédemment. La colpo-cœliotomie est faite suivant les règles habituelles. L'utérus est extériorisé, comme il a été dit plus haut. On cherche l'insertion du ligament rond; on passe un fil de soie au-dessous du ligament, de façon à l'embrasser dans une anse. On tire une certaine portion ligamenteuse. La même manœuvre s'exécute ensuite de l'autre côté. Chaque fil est passé au niveau de l'angle d'incision, dans la paroi vaginale antérieure. La plaie vaginale est ensuite fermée.

INDICATIONS. — Les mêmes indications qui ont été développées au sujet du raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale sont applicables à cette opération qui est encore à l'étude. Elle semble devoir céder le pas au raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale.

Opération d'Alquié-Alexander. — *Raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.* — C'est Alquié (de Montpellier) qui, en 1840, proposa théoriquement cette opération pour redresser l'utérus rétrodévié. Deneffe tenta de l'exécuter en 1864, mais c'est seulement en 1881 qu'Alexander et Adams l'exécutèrent avec succès. En France, les protagonistes du raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds furent Doléris, Duplay et Trélat, auxquels il faut joindre les noms de Bouilly, Segond, Terrillon et Le Dentu.

L'opérée est étendue sur la table opératoire, son pubis rasé avec soin et parfaitement désinfecté (brossage, lavages au permanganate de potasse, au bisulfite de soude et au sublimé).

On commence par la recherche du ligament gauche, par exemple (1). On détermine tout d'abord le point où se trouve l'épine du pubis, suivant la petite manœuvre indiquée par Farabeuf. L'épine du pubis doit toujours être parfaitement reconnue. C'est le premier, le plus important et le plus immuable des points de repère. L'incision se fait à partir de l'épine et dans la direction du trajet inguinal, c'est-à-dire, non point parallèlement à l'arcade crurale, comme on l'écrit généralement, mais en limitant avec elle un angle aigu ouvert en haut et en dehors. En effet, l'orifice profond du trajet inguinal, situé sur le milieu de la ligne qui relie l'épine pubienne à l'épine iliaque antéro-supérieure, est à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade. La longueur de l'incision doit être proportionnée à l'épaisseur des téguments; il suffit de 4 centimètres chez les femmes maigres dont on perçoit, pour ainsi dire, l'orifice inguinal inférieur à travers la paroi; mais lorsque le tissu adipeux abonde, il peut être nécessaire de doubler cette longueur pour ne pas rencontrer trop de difficulté dans la recherche et la libération du ligament. En profondeur, on

(1) Nous devons à M. S. Bonnet la description de cette opération.

peut aller, du premier coup, jusqu'à l'aponévrose du grand oblique, deuxième point de repère.

On rencontre ordinairement, entre les deux couches de tissu cellulo-adipeux, la veine tégumentaire, parfois assez développée pour qu'il soit nécessaire de la sectionner entre deux pinces; quant à l'artère, elle est le plus souvent, à ce niveau, épuisée en artérioles assez ténues pour qu'on n'ait pas à s'en préoccuper. L'aide doit, du reste, faire l'hémostase et éponger à mesure des progrès de la section. C'est alors qu'on doit aller, avec l'index, reconnaître l'épine pubienne, lorsque son peu de développement ou l'épaisseur du pénil n'ont pas permis de le faire avant la section de la peau; dans tous les cas, cette reconnaissance est utile pour diriger la fin de l'incision. Avant d'arriver sur l'aponévrose d'insertion du grand oblique, blanche, nacrée, fasciculée, aisément reconnaissable, on rencontre une toile celluleuse lâche, grisâtre, transparente, assez épaisse, et dont on pourrait faire aussi un utile point de repère.

En effet, il est rare qu'on la sectionne du premier coup et elle masque assez les piliers et la boule graisseuse, dont il sera question tout à l'heure, pour qu'on puisse s'égarer tant qu'elle n'est pas sectionnée: c'est l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique. Il faut y attacher une certaine importance pratique, car il arrive de tâtonner un certain temps, de ne pas trouver le ligament, bien que l'on sente nettement l'épine pubienne et l'orifice inguinal, tandis que lorsque cet obstacle est levé on est agréablement surpris de la netteté avec laquelle apparaissent les piliers. Il est prudent d'en faire la section aux ciseaux ou sur la sonde cannelée; avec le bistouri, on s'expose à faire sur l'aponévrose tendineuse une boutonnière qui pourrait en imposer pour l'orifice véritable.

Dès qu'on a achevé la section des téguments, il faut déposer son bistouri et ne se servir que de la sonde cannelée et des doigts. En dilacérant avec elle, et de haut en bas, la toile celluleuse, on met à jour les piliers qui circonscrivent l'orifice inguinal, troisième point de repère.

Celui-ci est généralement masqué et comblé par un peloton adipeux sur lequel Imlach surtout, Doléris, Reid, etc., ont insisté au point d'en faire un quatrième point de repère. Cette boule graisseuse d'Imlach peut, en effet, être considérée comme constante et comme le meilleur jalon après l'épine pubienne. Chez les femmes très maigres, elle est parfois atrophiée, cachée dans le canal, tellement qu'on ne la découvre pas tout d'abord; il suffit alors de presser en arrière de l'orifice, de l'exprimer, en quelque sorte, comme on fait du bourbillon d'un furoncle, pour la voir apparaître entre les piliers. Chez les femmes grasses, sa forme sphérique et son siège permettent généralement de la distinguer des masses adipeuses de la paroi. Adhérente aux fibrilles terminales du ligament, il suffit, le plus

souvent, de la saisir largement et profondément entre le pouce et l'index et de l'attirer au dehors pour amorcer la libération du ligament.

A défaut de ce peloton adipeux, c'est l'orifice inguinal qui indique où l'on doit chercher le ligament. Cet orifice, on le sait, est formé par l'écartement des faisceaux tendineux d'insertion du grand oblique: ils constituent deux piliers, l'externe ou inférieur qui se porte de l'autre côté, en s'entre-croisant au-devant de la symphyse avec son congénère; l'interne ou supérieur, qui se termine sur l'épine correspondante et, en s'entre-croisant aussi, sur celle du côté opposé: ils sont en haut réunis en ogive par des fibres transversales, dites intercolumnaires ou collatérales, qui limitent avec eux une dépression ovale ou losangique de dimensions variables, l'orifice inguinal externe au pourtour duquel s'épanouit le ligament. Si, peu prononcé, cet orifice échappe à l'œil, s'il existe des orifices anormaux ou artificiellement créés par les hésitations de l'opérateur, si l'on tend à s'égarer trop bas ou trop en dehors, comme il arrive aux débutants, il n'est qu'un moyen de retrouver la bonne voie: c'est de recourir au premier point de repère, de revenir sur l'épine pubienne toujours facilement accessible, et, immédiatement en dehors d'elle, de rechercher délicatement, avec la pulpe de l'index, la dépression caractéristique de l'orifice inguinal. Mais ici, le ligament est pénicillé, épanoui en fibrilles divergentes, souvent assez grêles, et on peut avoir de la peine à le reconnaître et à le saisir. On a cherché un cinquième point de repère et proposé de se guider sur la reconnaissance d'un faisceau vasculo-nerveux constant qui émerge de la partie supérieure de l'anneau inguinal, constitué par le nerf abdomino-génital inférieur accompagné du rameau funiculaire de l'épigastrique et de sa veinule satellite, et tranchant, par sa coloration, sur le fond nacré de l'aponévrose oblique. Le ligament est immédiatement au-dessous: mais ces deux vaisseaux, minuscules, s'ils sont bien apparents sur le cadavre, ont bien des chances d'échapper à la vue sur le vivant, soit qu'ils aient été dilacérés par la sonde cannelée, soit que le sang provenant de l'incision les masque; en outre, comme ils accompagnent le cordon, ils sont au-dessous de l'aponévrose qui ne peut ainsi leur opposer sa blancheur éclatante et ils ne deviennent apparents qu'à leur sortie du canal, c'est-à-dire en dehors d'elle. Quant au nerf, il est volumineux et résistant et ne cède pas à la traction, même énergique; on s'en rend bien compte lorsqu'on l'a saisi, entre le pouce et l'index, avec tout ce qui émerge de l'orifice: malgré la traction et les efforts de la sonde cannelée qui libère le ligament de ses attaches profondes dans le canal, *il ne vient pas*, tandis qu'après avoir sectionné ou récliné le nerf, on n'éprouve presque plus de résistance. En outre, les tractions exercées sur lui, si la malade n'est pas profondément en résolution, provoquent des mouvements de réaction

et quelquefois une contracture passagère du membre inférieur correspondant et, s'il a été fortuitement inséré dans une ligature, les malades accusent ordinairement, après l'opération, une douleur plus ou moins vive et durable. Mais le point d'émergence de ce nerf n'est pas constant, et, émanant quelquefois de la branche abdomino-génitale supérieure (Sappey, Farabeuf), il peut sortir à travers le pilier interne (Henle), par un orifice spécial ou une éraillure de l'aponévrose (Sappey), à côté de l'orifice inguinal (Farabeuf), plus souvent au-dessus ou en dehors (Sebileau) et peut même faire complètement défaut, lorsqu'il se jette en totalité dans la branche supérieure dont il partage ensuite le trajet et le mode de terminaison (Sappey). Au surplus, lorsqu'on en est au point de pouvoir reconnaître ce faisceau vasculo-nerveux, on a découvert le ligament, puisqu'on est arrivé dans le trajet inguinal, et s'il n'apparaît pas alors fasciculé et résistant, on sait qu'il est là, qu'il suffit de charger, de saisir avec les doigts l'ensemble de ses petits tendons divergents pour le caractériser et amorcer sa libération; que si, *exceptionnellement*, on ne trouve rien, c'est que son épanouissement pénicillé se fait un peu plus haut et qu'il faut débrider quelque peu le canal pour arriver à le saisir.

On a donc bien reconnu l'orifice inguinal externe et le peloton adipeux qui le bouche. A ce moment, il n'est pas de meilleur instrument que le pouce et l'index: une pince risquerait fort de rompre les fragiles insertions extra-inguinales du ligament; avec ces deux doigts de la main gauche, on saisit donc aussi loin que possible tout ce qui sort de l'orifice, y compris le peloton adipeux et, en tirant légèrement, on cherche à le fasciculer. On s'aide, pour cela, de la sonde cannelée dont le bec, prudemment actionné, rompt les adhérences voisines de l'orifice, dégage le nerf abdomino-génital qu'on récline en haut et en dehors. Grâce, d'une part, à la traction continue et modérée exercée avec les doigts et, d'autre part, au travail de libération de la sonde, on extériorise bientôt le ligament jusqu'à sa portion cylindrique. Après avoir, de la sorte, amorcé son dégagement sur une longueur de 2 ou 3 centimètres, on le fixe avec une pince à forcipressure, on comble et on protège la plaie au moyen d'un morceau de gaze iodoformée et l'on passe du côté droit.

La manière de procéder est d'ailleurs identique des deux côtés et, lorsqu'on a reconnu et saisi l'épanouissement du ligament droit, on procède au temps suivant de l'opération.

2^e temps. — *Dégagement des ligaments et redressement de l'utérus.*

— L'aide, se guidant sur l'index et le médius gauches placés dans le vagin, introduit jusqu'au fond de l'utérus, la courbe dirigée en arrière, un hystéromètre rigide, assez gros et boutonné, puis par un tour de maître, ramenant en avant la courbure de l'instrument, il opère la réduction de l'organe, sans violence, d'autant plus douce-