

est une condition essentielle à la réussite de l'opération. S'il existe des adhérences qui exercent des tractions sur la matrice, si les trompes et les ovaires sont altérés et susceptibles à de nouvelles poussées, le raccourcissement échouera. Sans doute, on peut étendre le champ des indications de l'Alexander et l'appliquer, avec modération et discernement, aux rétrodéviations légèrement adhérentes, mobilisables, et même on doit dire complètement mobilisées. Mais il faut savoir que, dans ces cas, l'intervention risque d'échouer, parce que l'on n'est pas bien certain d'avoir détruit toutes les adhérences. Dans tous les cas, il faut, par un traitement approprié et préalable, arrêter l'inflammation et rompre les adhérences.

Mais ce n'est pas tout. L'opération d'Alquié-Alexander-Adams n'est pour ainsi dire jamais indiquée à titre isolé et comme unique traitement de la rétrodéviabilité même mobile. C'est une vérité sur laquelle l'attention sera appelée plus loin. Suspendre l'utérus et l'attirer en avant par le raccourcissement des ligaments ronds est une conception opératoire qui ne répond pas aux réalités de la pratique. Il faut, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, remédier à l'ensemble des lésions qui accompagnent et engendrent la rétrodéviabilité : combattre la métrite, restaurer le plancher pelvien, toujours plus ou moins effondré, par des opérations plastiques sur le vagin, la vulve et le périnée. Ce n'est qu'à la condition d'associer l'opération d'Alexander aux autres interventions destinées à corriger les troubles de la statique pelvienne et l'inflammation utérine que l'on parviendra à faire donner au raccourcissement des ligaments ce que l'on est seulement en droit d'attendre de lui, c'est-à-dire de ramener le fond utérin en avant et de suspendre un peu l'utérus ; même la mobilité excessive de l'utérus ne saurait être traitée par l'Alexander. Non pas qu'on ait des chances grandes d'insuccès, mais la mise en place d'un pessaire agit mieux en maintenant l'utérus en bonne situation, comme le ferait le raccourcissement des ligaments ronds et, de plus, en agissant sur le plancher pelvien qui, mieux soutenu, peut reprendre ses fonctions.

Dans la rétrodéviabilité mobile la plus simple, il ne faudrait pas se contenter de pratiquer l'Alexander. Il faut remédier, comme il a été dit, à la métrite si fréquente et à la défection du diaphragme pelvien, si cachée soit-elle. Même lorsque la rétrodéviabilité est due exclusivement au relâchement des ligaments utéro-sacrés et des ligaments ronds, on ne doit pas confier aux seuls ligaments raccourcis le soin de ramener l'utérus en antédéviabilité et de le soutenir dans cette situation. Il faut au moins, dans ces cas absolument exceptionnels, mettre un pessaire approprié ou faire une columisation pendant quelques semaines.

Les contre-indications de l'Alexander ressortent de ce qui vient d'être dit : toutes les fois que l'utérus ne peut être ramené en anté-

courbure et qu'il est sollicité, par des tractions qui s'exercent sur sa face postérieure, à retomber en arrière, on peut être certain de subir un échec opératoire.

Si on compare l'Alexander à la vagino-fixation, on peut dire que le raccourcissement des ligaments ronds est supérieur, en ce sens qu'il n'expose pas aux avortements et aux complications pendant l'accouchement. Il a le désavantage, sur la colpo-hystéropexie antérieure, de ne pas permettre la constatation *de visu* de l'état des annexes, et, par suite, de laisser parfois en place une trompe ou un ovaire qui devrait être enlevé ou une adhérence que l'on aurait pu rompre aisément.

L'opération d'Alquié-Alexander ne peut être comparée, à notre sens, à l'hystéropexie abdominale. Les cas qui relèvent du raccourcissement du ligament rond sont ceux où l'utérus mobile est rétrodévié, prolabé plus ou moins, accompagné de métrite, d'un effondrement plus ou moins marqué du plancher pelvien. La base du traitement, c'est la réfection du plancher pelvien (colporraphie, colpopérinéorrhaphie), avec raccourcissement des ligaments ronds et action médicale ou chirurgicale sur la muqueuse utérine enflammée.

La gastro-hystéropexie antérieure ne nous semble pas indiquée dans ces cas. On y aura recours en présence d'adhérences, et de lésions ovaro-salpingiennes qui laissent, avant l'opération, l'espoir de conserver au moins les annexes d'un côté.

2^e Opérations sur les ligaments larges. — *Raccourcissement des ligaments larges par la voie abdominale.* — L'opération de Tait-Imlach consiste essentiellement à suturer le ligament large d'un côté au ligament large de l'autre côté, derrière l'utérus.

Imlach plisse le bord externe du ligament large et ne touche pas au ligament rond.

Dans le procédé de Tait, on plisse et on refoule en arrière, derrière l'utérus, la partie supérieure et interne de chaque ligament large. Il faut ajouter que le ligament rond est compris aussi dans la suture.

Duret recommande, après avoir enlevé les annexes, de prendre ce qui reste de chaque ligament large, de le renverser derrière l'utérus et de le suturer aux parties correspondantes de l'autre ligament large.

INDICATIONS. — C'est une opération d'exception, indiquée seulement dans les cas que Duret a précisés.

Fixation des ligaments larges à la paroi abdominale. — Winiwarter recommande les manœuvres suivantes : ouverture de la cavité abdominale ; passage d'un fil dans le ligament large d'avant en arrière, au-dessous et à 1 centimètre du bord de l'utérus ; sortie du fil d'arrière en avant. Fixation des deux chefs à la paroi abdo-

minale. Répétition de ces différents temps sur l'autre ligament large.

Byford comprend dans ses fils le ligament rond et le bord interne du ligament large.

INDICATIONS. — C'est une opération complémentaire qui n'a qu'une médiocre importance.

Raccourcissement des ligaments larges par la voie vaginale.

— Kochs, qui a décrit cette opération, a insisté sur ce fait que, dans la rétrodéviation, c'est au niveau de la partie inférieure du ligament large que portent surtout les lésions ligamenteuses.

Voici comment se fait l'opération : on commence par pratiquer une colpo-coéliotomie antérieure. On ouvre largement le cul-de-sac vésico-utérin et on empiète un peu sur le ligament large de chaque côté. A 2 centimètres du col, on fait passer d'avant en arrière un fil dans l'épaisseur du ligament large. Ce fil ressort d'arrière en avant au ras du bord gauche du col. Puis l'aiguille, introduite d'avant en arrière, au ras du bord droit du col, traverse le ligament large droit, est ramenée d'arrière en avant à 2 centimètres plus loin. Si on noue le fil ainsi passé du ligament gauche dans le ligament droit, au-devant du col, on comprend que la partie interne des ligaments se porte au-devant de la paroi cervicale. Quelques autres fils sont ainsi passés les uns au-dessus des autres. « On réunit, dit Delagenière, dans sa *Chirurgie de l'utérus*, transversalement l'incision vaginale et, par suite, la vessie au bord le plus élevé de la surface de décollement, de sorte que l'ensemble des fils placés affecte la disposition d'un T, la branche verticale répondant à l'accolement des ligaments larges et la branche horizontale à la suture de la vessie.

INDICATIONS. — Cette opération n'a pas encore fait ses preuves, mais elle ne répond qu'à une des indications de la rétrodéviation.

3° Opérations sur les ligaments utéro-sacrés. — **Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie abdominale.** — Cette opération a été exécutée en 1889 par Kelly.

Après l'ouverture de la cavité abdominale, on va à la recherche des ligaments utéro-sacrés. Un fil est passé au ras de l'insertion ligamenteuse à l'utérus, puis l'aiguille s'enfonce sous le péritoine des parties latérales du bassin à une hauteur variable et d'autant plus élevée que l'on désire obtenir un plus grand raccourcissement.

Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale. — Gaillard-Thomas, Schultze, Freund, Sanger, Frommel ont fait des opérations sur le cul-de-sac postérieur pour pénétrer dans la cavité abdominale et raccourcir les ligaments utéro-sacrés.

Voici comment on peut opérer :

On pratique une élytrotomie postérieure, interligamentaire, c'est-à-dire une incision médiane postérieure derrière le col, pour péné-

trer dans le cul-de-sac de Douglas. Avec l'index on recherche les replis utéro-sacrés. Une aiguille de Deschamps se trouve à l'extrémité d'un fil dont l'autre extrémité est armée d'une aiguille peu recourbée. On fait passer l'aiguille de Deschamps assez loin à travers le ligament de Douglas et le fil est solidement fixé en ce point. L'autre aiguille peu recourbée traverse la paroi postérieure du col utérin, la paroi vaginale, et on serre les deux extrémités du fil.

INDICATIONS ET RÉSULTATS. — Ces procédés sont peu recommandables et ne donnent qu'une fixation temporaire et peu solide. Ils ne suffisent pas à guérir les rétrodéviations. Stratz (1892) reconnaît que c'est dans les cas exceptionnels qu'on peut recourir à cette opération qu'il a pratiquée 15 fois sur 856 malades atteintes de rétroflexion. Il a eu 13 succès sur 15.

D'autres auteurs ont passé l'aiguille à travers le ligament utéro-sacré à son insertion utérine et ont cherché le point fixe dans les tissus autour du rectum, et même sur le rectum (Parentecheur).

4° Fixation de l'utérus. — **Fixation à la paroi abdominale.** — **Hystéropexie abdominale antérieure.** — **Ventro-fixation.** — L'utérus peut être fixé à la paroi abdominale dans le but de corriger la rétrodéviation. La première opération d'hystéropexie est due à Kœberlé.

Les travaux du professeur Olshausen surtout, ceux de Fraenkel, Czerny, H. Kelly, Sanger, Léopold, Terrier, la thèse de M. Baudouin ont contribué à faire entrer cette opération dans la liste des traitements de la déviation de l'utérus en arrière.

L'hystéropexie peut être faite et est pratiquée habituellement après ouverture de la cavité abdominale : **hystéropexie intrapéritonéale.** On peut fixer la matrice à la paroi abdominale sans inciser le péritoine : **hystéropexie extrapéritonéale.**

A. **De l'hystéropexie intrapéritonéale.** — Des procédés extrêmement nombreux d'hystéropexie ont été décrits, quoique souvent ils ne diffèrent guère que par la manière de passer les fils dans le tissu utérin.

Cependant la fixation peut se faire, soit directement (c'est l'utérus lui-même qui est attaché à la paroi), soit indirectement, par l'intermédiaire des annexes ou des ligaments de l'utérus.

Les uns laissent dans la plaie des fils fixateurs qui séjourneront indéfiniment ; d'autres placent des sutures utéro-pariétales qui peuvent être enlevées au bout de quelques jours.

PROCÉDÉS DIRECTS A FILS PERDUS ET A FIXATION MÉDIANE DE L'UTÉRUS. — 1° PROCÉDÉ DE CZERNY. — On pratique la laparotomie suivant les règles habituelles. On va à la recherche de l'utérus que l'on dégage s'il est entouré d'adhérences. On peut et on doit enlever les annexes d'un côté ou des deux côtés, si les altérations ovaro-salpingiennes nécessitent ces sacrifices.