

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 rétrodéviaton, 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-coélotomie 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 rétrodéviaton.

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 rétrodéviaton. 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 déviaton 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.

Le fond de l'utérus est saisi et soulevé, soit avec les doigts, soit à l'aide d'une pince à deux dents, soit avec un fil qui a traversé les tissus utérins à sa partie supérieure. L'utérus est amené à la partie inférieure de la plaie abdominale. Un fil de catgut solide comprend l'aponévrose et le péritoine de la lèvre gauche ou droite de l'incision abdominale.

Il s'agit donc de fils qui, une fois noués, seront laissés en place dans la plaie abdominale et dans l'utérus.

Des sutures spéciales sont faites pour assurer la fermeture complète de l'incision de l'abdomen, suivant les procédés habituels de fermeture de l'ouverture abdominale.

2° PROCÉDÉ DE TERRIER. — Ce procédé a de grandes analogies avec celui de Czerny (fig. 61 et 62).

Terrier soulève l'utérus à l'aide d'un fil de soie qui a été, au préalable, passé sur le fond de l'utérus. Ce fil suspenseur sert à maintenir l'organe en haut et en avant et à faciliter le passage des fils fixateurs.

Ceux-ci sont placés comme dans le procédé de Czerny, avec cette différence qu'ils ne disparaissent pas entièrement dans le tissu utérin pour sortir à droite et à gauche de la face antérieure de l'utérus. Au contraire, Terrier passe chaque fil de soie dans l'utérus en faufileant. L'aiguille pénètre, par exemple, sur le bord gauche de la face antérieure, sort quelques millimètres plus loin sur un plan transversal, est introduite dans le muscle utérin à une petite distance, ressort, entre de nouveau jusqu'à ce qu'il apparaisse sur le bord droit de la matrice, dans un point symétrique. Le fil est passé alors dans la lèvre opposée de la plaie abdominale, comme dans le procédé de Czerny.

L'aiguille pénètre dans le tissu utérin, à gauche ou à droite, à la partie moyenne de la face antérieure, et va sortir du côté opposé.

On fait ensuite passer le fil à travers le péritoine et il doit sortir au-dessus de l'aponévrose de la lèvre droite ou gauche de l'ouverture abdominale.

Un second fil est placé plus haut de la même façon. Il traverse le tissu utérin au niveau du fond et pénètre ensuite sur des points correspondants de la paroi abdominale, à droite et à gauche de l'incision abdominale. L'utérus est ainsi suspendu par plusieurs anses de fil, qui comprennent dans leur trajet des tissus solides de la paroi, à droite et à gauche de l'incision, et qui s'insinuent dans le tissu utérin.

Il suffit de serrer et de nouer d'abord le fil inférieur, puis le fil moyen et le fil supérieur, pour assurer la coaptation et l'adhérence de l'utérus au péritoine situé à la partie inférieure de la plaie abdominale. Dans le procédé de Czerny, chaque fil qui traverse l'utérus entre à droite ou à gauche dans le muscle utérin pour sortir du côté opposé, en un point similaire, sur l'autre côté de la face antérieure.

Czerny et Terrier fixent l'utérus à la paroi abdominale, de telle

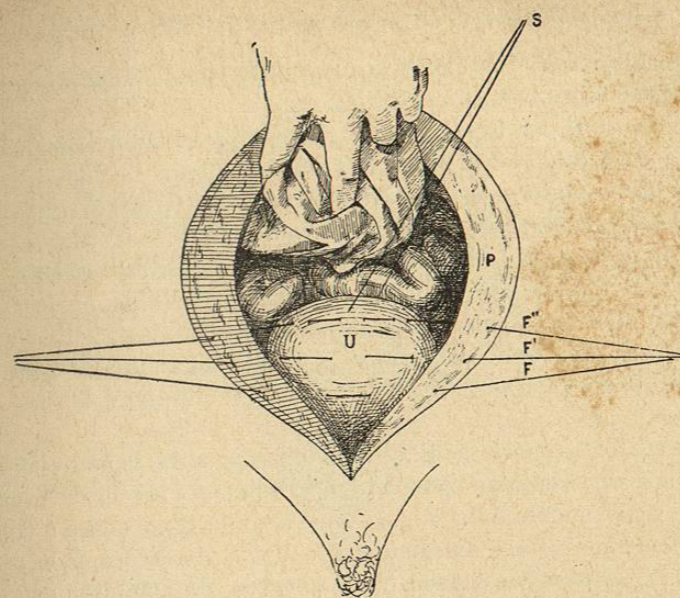


Fig. 61. — Gastrohystéropexie (procédé de Terrier). — U, utérus; F, F', F'', fils fixateurs (anse avec points passés); S, fil de soie destiné à amener l'utérus en avant pendant l'opération et à le maintenir; P, paroi abdominale.

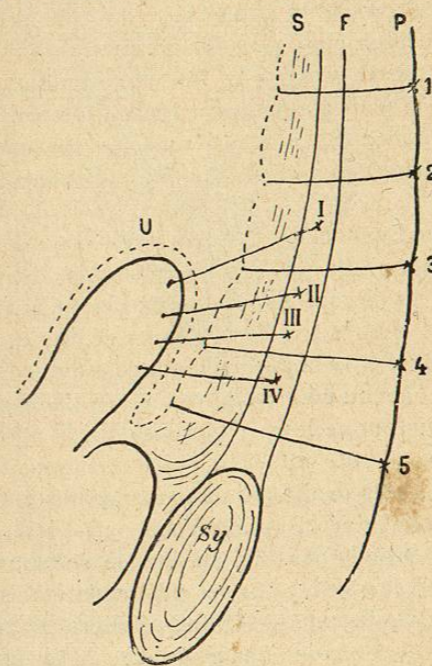


Fig. 62. — Gastro-hystéropexie (procédé de Terrier). — Schéma représentant le bassin en coupe verticale et médiane, et les fils serrés; Sy, symphyse pubienne; U, utérus; S, séreuse péritonéale; F, fascia sous-péritonéal, aponévroses et muscles de la paroi abdominale; P, peau et tissu cellulaire sous-cutané; I, II, III, IV, fils fixateurs de l'utérus; 1, 2, 3, 4, 5, formes de suture de la plaie abdominale.

sorte que les fils sont noués au-dessus de l'aponévrose et ne compriment pas la peau dans leur trajet.

3° PROCÉDÉ DE POZZI. — Pozzi applique la suture continue à la fixation de l'utérus à la paroi. Les différents temps de l'opération sont les mêmes. L'utérus est soulevé et maintenu en place avec une pince.

Une suture continue, partant de la partie inférieure de la plaie abdominale, est menée à travers le péritoine, l'aponévrose et les muscles droits de chaque côté. Un peu plus haut, l'aiguille, au lieu de se borner à prendre les tissus de la paroi, pénètre dans le tissu utérin. Le surjet qui vient de fermer la partie inférieure de l'ouverture abdominale va servir à appliquer et à fixer l'utérus à la paroi abdominale.

L'aiguille qui porte le fil, après avoir rapproché la partie inférieure de l'incision, sort, par exemple, du péritoine qui revêt laèvre gauche de la plaie abdominale et s'enfonce dans le tissu utérin à la partie inférieure de la face antérieure. Le fil sort du côté opposé, pénètre dans le péritoine, le muscle et l'aponévrose du côté droit de la plaie abdominale et est ramené du côté gauche de celle-ci. L'aiguille s'enfonce plus haut à travers l'aponévrose, le muscle et le péritoine à gauche, puis s'insinue dans l'utérus, de gauche à droite, et va traverser péritoine, muscle et aponévrose du côté droit. Ce surjet est continué par en haut, au-dessus du point où le fil a traversé pour la dernière fois l'utérus, comme le fait d'habitude Pozzi pour assurer la fermeture de la plaie abdominale. En somme, au lieu de placer des fils fixateurs spéciaux, Pozzi se sert du surjet destiné à clore la cavité abdominale pour attacher en même temps l'utérus à la paroi abdominale.

4° PROCÉDÉ DE LEGUEU. — Legueu passe ses fils à la manière de Czerny. Mais chaque fil, au lieu d'être simple, est double. Et voici dans quel but : les deux fils horizontaux placés, à l'aide de la même aiguille, dans les mêmes trajets pariétaux et utérin, peuvent servir à appliquer l'utérus contre la paroi abdominale d'une façon ingénieuse. Au lieu de lier le chef du côté droit avec celui du côté gauche au-dessus de la plaie, Legueu noue le chef gauche d'un fil avec le chef gauche de l'autre fil situé à côté et ayant suivi exactement le même trajet. Il serre les deux chefs droits des deux mêmes fils contigus et l'utérus est ainsi exactement fixé et appliqué à la partie inférieure de la plaie abdominale. Les nœuds des fils, au lieu de se trouver au-dessus de l'incision, se trouvent placés sur les parties latérales (fig. 63).

5° PROCÉDÉ DE H. KELLY. — H. Kelly a décrit un procédé nouveau qui consiste essentiellement dans le passage de fils fixateurs, non pas dans le tissu utérin de la face antérieure de l'utérus, mais dans le parenchyme de la face postérieure de la matrice.

6° PROCÉDÉ DE FAUCON. — Il suffit de dire que Faucon, au lieu d'appliquer des sutures horizontales, comme l'avaient fait les autres

chirurgiens, s'est ingénié à fixer l'utérus à l'aide de sutures verticales.

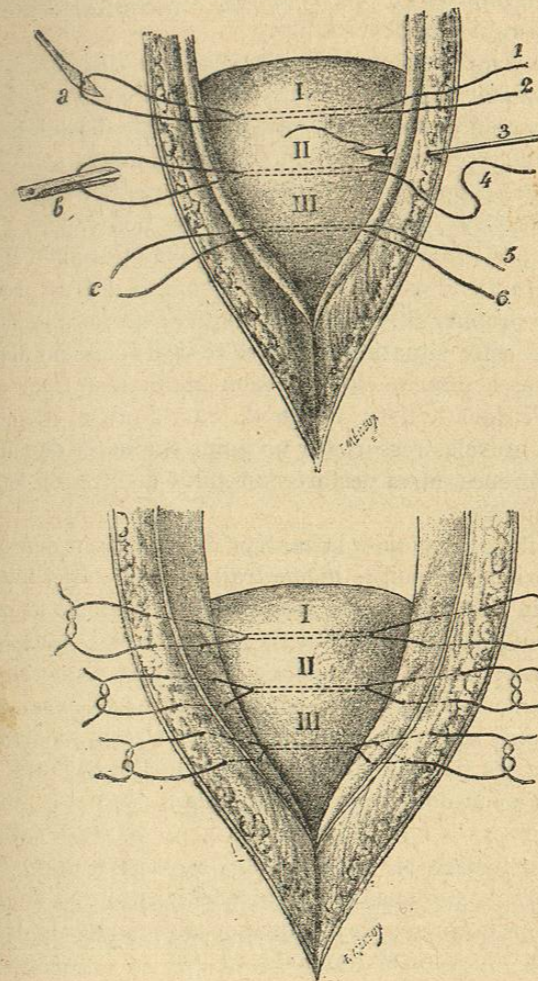


Fig. 63. — Procédé de Legueu.

7° PROCÉDÉ DE LAROYENNE. — Le distingué gynécologue de Lyon dilate l'utérus jusqu'à ce qu'il soit possible d'introduire un gros hystéromètre à extrémité mousse. Cette sonde étant mise en place, l'utérus est repoussé contre la paroi abdominale et une incision hypogastrique est faite, pour ainsi dire, sur la saillie de la matrice refoulée contre la paroi. Le péritoine est ouvert sur une petite étendue et on tombe directement sur l'utérus, sans qu'il soit presque nécessaire de faire des manœuvres intrapéritonéales. Celles-ci du moins sont réduites au minimum. Trois aiguilles-broches placées de bas en haut traversent la paroi abdominale (la peau non comprise) d'un côté,

la face antérieure de l'utérus, de l'autre côté, le péritoine, le muscle et l'aponévrose. L'utérus est ainsi fixé. On met un crin de Florence dans chaque aiguille qu'on enlève ensuite. On serre les crins et l'opération est ainsi rapidement terminée.

8° PROCÉDÉS DIRECTS A FILS TEMPORAIRES. — SUTURES PARIÉTALES TOTALES ET FIXATION MÉDIANE DE L'UTÉRUS. — Il suffira de décrire le procédé de Léopold et d'indiquer quelques particularités des autres.

La coeliotomie est faite comme d'habitude. L'utérus saisi est maintenu suspendu et rapproché de la plaie abdominale. On gratte la face antérieure de l'utérus, de façon à faciliter les adhérences. On passe un premier fil pariétal qui ferme simplement la plaie abdominale à sa partie inférieure. Ce fil est donc destiné à la paroi et n'est pas fixateur de l'utérus. Le premier fil, qui doit appliquer l'utérus à la paroi et le maintenir dans cette situation, traverse toute l'épaisseur des tissus, peau comprise, à gauche de l'incision abdominale, par exemple. L'aiguille entre dans le tissu utérin du côté gauche, chemine dans l'épaisseur du muscle, ressort sur un point similaire, de l'autre côté de la face antérieure, et va perforer la totalité de la paroi, à droite de la plaie abdominale.

Ce premier fil correspond à la hauteur de l'insertion des ligaments ronds. Le deuxième fil suit le même trajet et a un trajet intra-utérin situé au niveau de l'origine des trompes. Le troisième fil est placé, 1 centimètre environ au-dessus du précédent, dans le muscle utérin. On serre les fils en commençant par celui d'en bas. On ferme la paroi abdominale au-dessus de l'utérus par une suture pariétale à un étage.

Les fils *utérins* sont passés comme le fait Czerny, mais Léopold, voulant enlever ses fils fixateurs au bout de quelques jours, les noue au-dessus de la peau de la paroi abdominale.

PROCÉDÉS DIRECTS A FILS TEMPORAIRES ET A FIXATION LATÉRALE DE L'UTÉRUS. — Olshausen et Sängner font des sutures utéro-pariétales au crin de Florence, non pas sur la face antérieure de l'utérus, mais sur les bords de l'organe. Les sutures comprennent la totalité de chaque lèvre de l'incision abdominale (fig. 64).

PROCÉDÉS DE FIXATION INDIRECTE. — Kœberlé enleva un ovaire sain, en 1869, dans le but de fixer le pédicule dans la plaie abdominale et de fixer ainsi l'utérus. On a varié un peu dans la manière de faire. Les uns ont suturé, entre les lèvres de l'incision abdominale, la trompe ou les ligaments de l'utérus.

PROCÉDÉS DE KELLY. — Dans un premier procédé, Kelly se contentait de passer un fil sur le ligament rond, au niveau de son insertion utérine et de le fixer à la paroi abdominale. De chaque côté, c'était une fixation de l'utérus et du ligament rond à la face postérieure de la paroi abdominale. Plus tard, Kelly a modifié sa manière de faire : trois fils sont passés successivement dans l'aponévrose, le muscle et le péritoine d'un côté de l'incision. Chaque fil traverse le ligament

tubo-ovarien correspondant. Les mêmes manœuvres sont répétées du côté opposé. On noue les fils à droite et à gauche et on obtient ainsi une fixation indirecte de l'utérus à la paroi.

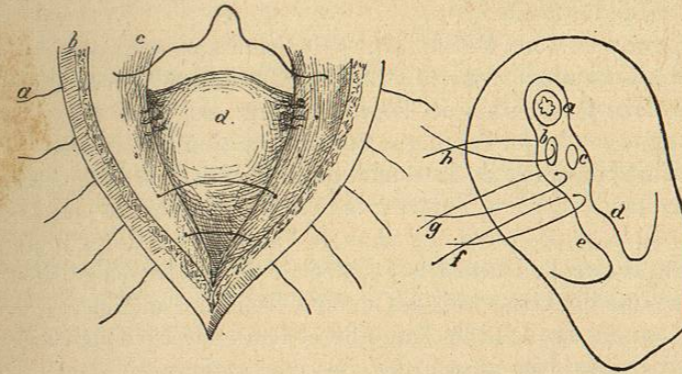


Fig. 64. — Gastro-hystéropexie (procédé d'Olshausen-Sängner). — 1, fils fixateurs en place; a, fils de la suture abdominale; b, muscles et aponévroses de la paroi; c, péritoine; d, utérus. — 2, schéma de la disposition des fils fixateurs; a, trompe; b, ligament rond; c, ligament de l'ovaire; d, feuillet postérieur du ligament large; e, feuillet antérieur du ligament large; f, g, h, fils fixateurs (Sängner).

PROCÉDÉ DE KLOTZ. — Si l'opérateur a été dans la nécessité d'enlever les annexes, on se sert des pédicules qui restent pour fixer l'utérus à la paroi abdominale. S'il n'en est pas ainsi, la trompe est liée et fixée aux lèvres de l'incision abdominale.

Klotz prend soin de mettre un drain en verre, derrière l'utérus. Ce drain est laissé en place pendant quelques semaines, afin de permettre la création d'adhérences. Tous ces procédés doivent être condamnés.

**Combinaison de la fixation directe à la fixation indirecte.** — Doléris, après avoir pratiqué l'hystéropexie suivant la méthode de Léopold, fixa les ligaments ronds et les trompes entre les lèvres de la plaie abdominale.

B. **Hystéropexie sans ouverture du péritoine.** — Ces procédés sont abandonnés. Marion Sims, en 1859, et, plus tard, Kelly ont refoulé l'utérus contre la paroi abdominale avec les doigts et, avec une aiguille armée d'un fil, ont fait une suture utéro-pariétale, sans inciser l'abdomen. L'aiguille traverse d'avant en arrière la paroi abdominale à gauche de la ligne médiane, pénètre dans l'utérus, chemine dans le parenchyme, ressort de l'utérus et va sortir à la peau du côté droit de la ligne médiane, en perforant tous les tissus depuis le péritoine jusqu'à la peau.

PROCÉDÉ DE CANEVA. — Caneva repousse l'utérus contre la paroi abdominale à l'aide d'un hystéromètre. Il incise tous les tissus, comme le fait Laroyenne, sur la saillie produite par l'utérus. Mais il n'ouvre

pas le péritoine. A travers la séreuse décollée, il passe ses fils dans le tissu utérin. Les points d'appui et de fixation sont fournis par la paroi abdominale. Veit, Assaky et Mendez de Léon mettent les patients dans la position de Trendelenburg, ce qui permet d'éviter les blessures de l'intestin.

OPÉRATION DE JOHN B. SHOBER. — Incision abdominale qui ne doit pas dépasser l'aponévrose superficielle. On amène l'utérus. On met le malade dans la position de Trendelenburg; on place dans l'utérus une longue sonde qui l'applique contre l'incision abdominale.

Par l'intermédiaire de la sonde, on introduit une longue aiguille qui traverse le fond de l'utérus, le péritoine pariétal, le muscle droit et l'aponévrose profonde. Le chas de l'aiguille est alors armé d'un fort catgut que l'on attire à l'orifice de la sonde; l'aiguille armée traverse une deuxième fois les mêmes trous à 7 millimètres de distance; on dégage le fil de l'aiguille et l'on noue les deux chefs.

Baldy trouve avec raison que c'est une pratique détestable.

Pronostic. — Le pronostic opératoire est bénin, ce qui ne veut pas dire qu'on n'ait pas à déplorer quelques morts. Mais la gravité de la gastro-hystéropexie est comparable à celle de la colpo-hystéropexie antérieure et un peu plus grande que celle de l'opération d'Alquié-Alexander. Ce n'est pas, on le devine, la fixation utérine qui complique la situation: le danger résulte d'une infection de la cavité péritonéale au cours de la laparotomie.

Quelques accidents ont été relevés: la production de fistules au niveau de la cicatrice, la production d'une hernie au niveau de la cicatrice et, surtout, l'étranglement interne.

Résultats. — Sans doute, dans la grande majorité des cas, la gastro-hystéropexie n'entraîne aucun trouble, mais de temps à autre on voit survenir quelques tiraillements fort désagréables et persistants dans le bas-ventre. Ces phénomènes douloureux ne sont pas tant dus à la traction exercée par l'utérus suspendu que par la persistance de lésions péri-utérines.

Les résultats sont bons, en ce sens que, le plus souvent, l'opération n'a aucun inconvénient et qu'elle maintient bien l'utérus en bonne situation, même quand on examine les opérées longtemps après l'intervention. Schwartz a donné à ce sujet une statistique démonstrative. Il n'a constaté que deux récives dont l'une après un accouchement.

EFFETS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT. — D'une façon générale, la grossesse suit son cours et l'accouchement se fait régulièrement, mais il y a des exceptions. D'après Strasmann, le procédé d'Olshausen ne prédisposerait pas à l'avortement, mais créerait quelques difficultés pour l'accouchement. Le procédé Czerny-Terrier produirait plus souvent l'avortement et nuirait davantage à l'accouchement. Sur 74 grossesses relevées par Milander, il y eut 6 avorte-

ments et 3 accouchements prématurés, 3 présentations du tronc et 1 du siège.

On dut pratiquer 11 interventions: 5 versions, 2 opérations césariennes et, 4 fois, le forceps. L'avortement, au dire de Piras qui a réuni 99 observations d'hystéropexie, a eu lieu 11 fois, mais le plus souvent il faut incriminer ou une mauvaise technique ou des causes absolument indépendantes de l'opération. Quatorze fois, une intervention fut nécessaire: on dut pratiquer 5 fois la version, 5 fois le forceps et 3 fois l'opération césarienne.

L'utérus tient en place après l'accouchement, sauf quelques récives qui ont été observées et qui sont peut-être dues à une mauvaise fixation utérine.

Somme toute, l'efficacité de cette opération est démontrée. Pour éviter les inconvénients inhérents à la grossesse et à l'accouchement, il est nécessaire que les sutures qui réunissent l'utérus à la paroi ne dépassent pas le niveau de l'origine des trompes. Le fond utérin peut ainsi se développer.

INDICATIONS. — La gastro-hystéropexie n'est pas applicable d'emblée à la rétro-déviabilité mobile. Cette opération ne doit être entreprise que s'il existe des adhérences qui ont résisté au massage, à la reposition de Schultze. La constatation de lésions péri-utérines rebelles au traitement médical, au massage, nécessite une intervention qui permettra de voir les obstacles à la réduction utérine et de traiter, comme il convient, les annexes plus ou moins altérées. Encore faudra-t-il que l'on ait l'espoir de conserver au moins la trompe et l'ovaire d'un côté. Car si les annexes nécessitent une ablation bilatérale, il vaut autant se décider pour l'hystérectomie vaginale, ou pratiquer l'ablation totale des annexes et de l'utérus par la voie vaginale.

Systématiquement, on peut donc dégager l'utérus de ses adhérences, laisser les annexes en place et pratiquer la gastro-hystéropexie. Il est bon aussi, dans quelques cas, de pratiquer une ablation tubo-ovarienne unilatérale et de fixer l'utérus à la paroi.

Encore est-il possible alors de se demander s'il ne vaut pas mieux tenter la colpo-hystéropexie antérieure. On peut cependant dire que celle-ci doit céder le pas à la fixation utéro-abdominale toutes les fois que les lésions annexielles sont considérables ou que les adhérences sont fermes.

Fixations de l'utérus au vagin. — *Hystéropexies vaginales* (1). — Les hystéropexies (2) vaginales peuvent être divisées en trachélopexies ou fixations du col au vagin et hystéropexies vaginales

(1) Un de nos élèves, M. Arrizabalaga, a écrit en 1894 sous notre inspiration, une thèse à laquelle nous empruntons plusieurs figures.

(2) Il suffit de signaler les vagino-pexies. Depuis le procédé de Sims, qui consiste à faire un pli transversal à la paroi vaginale, jusqu'au procédé de Péan, en passant par les procédés de Skutsch et de Doléris, toutes ces vagino-pexies n'ont en réalité aucune valeur sérieuse.