

en haut. Il prolonge, par en haut, l'incision avec des ciseaux. En même temps, il augmente l'incision transversale de 1 centimètre environ de chaque côté.

A travers cette ouverture, l'index est glissé dans la plaie et sépare la vessie de l'utérus. On introduit ensuite un hystéromètre courbe dans l'utérus et l'instrument est confié à un aide qui a pour mission de repousser le fond de la matrice vers l'index gauche de l'opérateur. En se guidant sur ce doigt, l'opérateur passe transversalement un fil de soie. C'est un fil qui servira simplement à abaisser l'utérus. On place successivement, de bas en haut, d'autres fils qui sont disposés de la même façon et qui doivent jouer le même rôle.

Le fond est ainsi extériorisé. Il s'agit de placer trois fils fixateurs.

Ils entrent à la face *postérieure* du lambeau vaginal supérieur, non loin de l'incision, se dirigent verticalement en haut, traversent toute l'épaisseur de la paroi vaginale, à l'exception de la muqueuse, et vont ressortir un peu plus haut. Ils doivent ensuite pénétrer dans la paroi antérieure de l'utérus au niveau du fond. Ce sont donc des fils fixateurs dirigés verticalement et qui seront laissés en place. On serre et on noue ces fils qui désormais ne sont plus visibles à l'extérieur.

Les fils abaisseurs sont enlevés. On ferme la plaie vaginale au moyen d'une suture continue au catgut.

Dührssen (1899), pour obvier aux troubles éventuels de l'accouchement, a ajouté un perfectionnement à son procédé : il consiste, dit-il, dans la fermeture isolée de l'ouverture, faite dans le sens sagittal, du repli vésico-utérin, par une suture continue avec un fil de catgut. Le fil de fixation déjà placé traverse l'extrémité supérieure de l'incision vaginale, de l'ouverture péritonéale du repli vésico-utérin et la paroi antérieure de l'utérus, au niveau de l'insertion des trompes. Enfin Dührssen recommande l'emploi du crin de Florence.

La différence des deux procédés réside dans le fait qu'il place un seul fil de fixation, qui est conduit un peu plus haut, à travers la paroi antérieure du corps utérin, et qui comprend les bords de l'ouverture vaginale.

PROCÉDÉ DE JACOBS. — Incision transversale légèrement courbe au-devant du col. Décollement de la vessie. Il n'ouvre pas le cul-de-sac péritonéal. Il ne fait pas sa fixation sur le fond, mais plus bas. Les sutures sont placées verticalement, comme dans l'opération de Dührssen. On referme la plaie vaginale au moyen d'un étage de sutures profondes et d'une série de sutures superficielles. Jacobs ajoute à cette opération, comme l'avait conseillé Sanger, la rétrofixation du col utérin.

PROCÉDÉ DE RICHELLOT. — Le col est attiré à la vulve. Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé transversalement, et on ouvre le cul-de-sac péritonéal. On explore le petit bassin. Puis on procède à la fixation. On saisit avec une pince érigée la face antérieure de l'utérus,

à 2 centimètres de l'isthme. L'organe est attiré en avant. L'utérus bascule et s'applique dans l'aire de la plaie vaginale, mais son fond reste caché. On ne cherche pas à voir le fond, qui doit rester libre. Alors, prenant dans une pince à disséquer la lèvre supérieure de l'incision, dans sa moitié gauche et à quelque distance de la ligne médiane, on y enfonce l'aiguille courbe, on la fait cheminer transversalement dans la paroi antérieure de l'utérus et sortir symétriquement dans la moitié droite de la même lèvre. Un premier fil (catgut) est ainsi placé. Le trajet intrapariétal de l'aiguille doit être à bonne hauteur, c'est-à-dire au-dessous de la région des cornes utérines. Le second et le troisième fils sont placés de la même façon au-dessus de l'isthme. En serrant les trois fils, on obtient une plaie verticale et médiane. Il reste à achever la réunion par quelques points de suture.

Difficultés. — La vagino-fixation, ou colpo-hystéropexie, n'est pas bien connue en France. Quelques rares chirurgiens, entre autres M. Richelot, l'ont mise à l'épreuve depuis que M. Le Dentu et moi avons essayé de l'acclimater en France. Sans doute, l'opération n'est pas d'une exécution extrêmement aisée, mais enfin la vagino-fixation est à la portée de tout chirurgien un peu rompu à la pratique des interventions vaginales. Parfois, la réduction de l'utérus est rendue pénible par l'existence d'adhérences un peu fermes. De temps à autre, une hémorragie peut allonger inopinément la colpo-hystéropexie.

Gravité. — Il serait exagéré de dire que l'opération est sans danger. Une mortalité, faible, il est vrai, a été notée. Ce fait doit être rappelé, afin que le reproche adressé à Dührssen, au Congrès allemand de gynécologie, en 1899, de trop opérer les rétroversions et les rétroflexions, ne puisse être justement fait de nouveau.

Efficacité. — Les statistiques anciennes de Mackenrodt sont bien connues. Cet auteur, dans 25 cas observés pendant un certain temps après l'opération, a obtenu, sur 12 cas de rétroflexions simples, 9 succès et 3 demi-succès. Il a eu 13 succès sur 15 cas de rétroflexion avec prolapsus et allongement hypertrophique du col.

Küstner a donné, dans son *Traité de gynécologie*, une statistique qui porte sur 33 observations personnelles; il obtint 9 résultats durables. Dans une autre série portant sur 54 cas, il a eu 13 résultats favorables.

Labadie-Lagrave et Legueu citent, du même auteur, une statistique plus importante : 40 fois la vagino-fixation fut accompagnée de l'ouverture du cul-de-sac péritonéal, et 376 fois l'opération fut sous-péritonéale (statistique de plusieurs chirurgiens). La rétrodéviation s'était reproduite 72 fois et, dans 92 cas, on observa le retour des troubles fonctionnels. En 1899, Dührssen présenta une statistique de 352 vagino-fixations. La récurrence a été notée dans 2,3 p. 100 des cas et l'auteur l'attribue le plus souvent à l'emploi du catgut, qu'il a abandonné pour revenir à l'usage du crin de Florence.

Au Congrès de gynécologie allemand de Leipzig, Olshausen s'est montré partisan de la vagino-fixation, mais redoute les adhérences. Toutes les malades que nous avons opérées, M. le professeur Le Dentu et moi, et que nous avons pu suivre un certain temps après leur sortie de l'hôpital, ont eu un résultat satisfaisant. L'utérus tient solidement en place, et même, on peut dire que la fixation utéro-vaginale est trop ferme et résiste trop, comme on le dira plus loin.

Complications. — On a reproché, avec raison, du moins à certains procédés de vagino-fixation, de produire l'avortement et de donner naissance à des difficultés graves au moment de l'accouchement.

Il est inutile de publier les faits anciens qui prouvent cette double assertion. Strassmann, Weberstadt et Wertheim ont fait connaître des faits probants, et nous-même nous avons relevé l'exemple de deux opérées qui eurent des complications pendant l'accouchement et qui durent subir de pénibles et longues manœuvres obstétricales.

Wertheim fut obligé de pratiquer une opération de Porro.

Demelin a insisté dernièrement sur ces faits et croit que l'avortement est fréquent à la suite de la vagino-fixation.

Tel n'est pas l'avis de Dührssen, le principal protagoniste de la vagino-fixation. Il fait observer (1899) que cette opération a permis à certaines femmes, stériles jusque-là, d'accoucher, et à certaines malades, qui avaient toujours des avortements, de mener à terme des grossesses. Sur l'ensemble des vagino-fixations qu'il a relevées, il constate 23 accouchements à terme. Dans un cas, il dut procéder à une perforation du crâne ; chez une autre opérée, devenue grosse, il dut employer le forceps.

VALEUR DE L'OPÉRATION. — La colpo-hystéropexie antérieure a été attaquée et rejetée par un grand nombre de gynécologistes. On avait prétendu que la fixation de l'utérus au vagin était illusoire et ne tiendrait pas. C'est le contraire qui est vrai. La plupart des hystéropexies vaginales, surtout par les procédés qui exigent l'ouverture du péritoine, donnent naissance à des adhérences trop solides.

Le véritable reproche, celui qui est le plus justifié, est de provoquer des troubles et des complications pendant l'accouchement. L'utérus ne peut se développer que par sa paroi postérieure, le col est fortement porté en arrière et l'accouchement ne se fait pas aisément.

Il y a lieu de croire que la faute en est aux opérateurs qui ont créé des adhérences trop haut sur l'utérus. Le procédé que nous avons décrit, M. le professeur Le Dentu et moi, n'échappe pas à ce reproche. L'adhérence utéro-vaginale est trop étendue. Il y a lieu de ne mettre le fil fixateur le plus élevé qu'un peu au-dessous de l'origine des trompes. Nous avons employé le procédé décrit par M. Richelot, sans avoir eu connaissance des tentatives de l'auteur. Il y aura lieu de mettre à l'essai la modification apportée à sa méthode par Dührssen. Il est bon de suturer le péritoine vésical à l'utérus ; car, dans les

cas qui ont été observés, c'est le péritoine vésical accolé à l'utérus qui maintient l'organe en bonne position (Mackenrodt, 1899).

INDICATIONS. — Quoiqu'il en soit, M. le professeur Le Dentu et moi nous avons cessé d'exécuter la colpo-hystéropexie antérieure, telle que nous l'avons décrite, chez toutes les femmes qui sont susceptibles d'avoir des enfants. Notre opération donne une cicatrice solide, mais n'est applicable qu'à un nombre de cas restreint. Mais une telle restriction apportée aux indications de la vagino-fixation en serait la condamnation, par ce fait qu'elle ne trouverait que des applications trop limitées.

Une fixation peu étendue, et ne dépassant pas la limite indiquée, permet d'appliquer la vagino-fixation dans un assez grand nombre de cas.

Les adhérences étroites, les lésions graves des annexes doivent être regardées comme des contre-indications à l'opération. S'agit-il de rétrodéviation mobile ou s'accompagnant de petites lésions annexielles (ovaires scléro-kystiques, par exemple), la colpo-hystéropexie antérieure peut être mise en parallèle avec l'opération d'Alexander et lui être même préférée. En effet, l'Alexander est une opération un peu longue. La colpo-hystéropexie antérieure peut être plus rapidement exécutée. En outre, l'ouverture faite au péritoine permet de voir, de contrôler l'état des annexes et d'enlever une trompe ou un ovaire altéré.

Fixation de l'utérus à la vessie. — Vésico-fixation de l'utérus, de Mackenrodt. — Incision du vagin par une incision transversale ou oblique. Décollement de la vessie et ouverture du cul-de-sac péritonéal.

Suture du péritoine qui tapisse la vessie. On résèque un lambeau péritonéal aussi étendu que possible sur le fond de l'utérus.

Fixation, couche par couche, de la paroi vésicale qui avait été détachée du col utérin, au corps de l'utérus, jusqu'au niveau de l'orifice interne.

Suture de l'incision vaginale comme dans la colporrhaphie.

INDICATIONS. — Mackenrodt applique cette opération à la rétroflexion mobile de l'utérus, même compliquée de prolapsus. Il trouve à ce procédé les avantages suivants : retour immédiat de l'utérus en position normale. Suppression totale du cul-de-sac vésico-utérin. Absence complète de troubles fonctionnels ultérieurs du côté de l'utérus ou de la vessie. Cependant les résultats espérés par Mackenrodt ne se sont pas réalisés et la vésico-fixation est abandonnée, comme Mackenrodt le déclare lui-même (1899).

Opérations portant sur l'utérus lui-même. — Autoplasties. — Cunéohystérectomie abdominale. — C'est Thiriar qui a proposé (1892) d'enlever un coin au niveau de l'angle de flexion de l'utérus. Ce chirurgien avait en vue surtout le traitement de l'antéflexion ; cependant, il recommandait aussi son procédé dans certains cas de rétroflexion. On sait que l'opération de Thiriar consiste essentiellement à enlever sur la face antérieure de l'utérus, dans les cas de rétro-

flexion, un cône elliptique, ayant 2 centimètres de hauteur et comprenant toute la largeur de l'utérus. L'incision doit arriver jusqu'à la muqueuse utérine, sans ouvrir la cavité de la matrice. Quelques sutures sont placées de haut en bas, de façon à rapprocher les deux bords de l'incision cunéiforme.

Jonnesco (1897) a soin de décoller le péritoine et de refouler la vessie, avant d'enlever une tranche utérine, semblable à un coin, sur la face antérieure de la matrice, au niveau de l'angle de flexion. Après avoir suturé la plaie utérine, il ramène le péritoine au-dessus de la plaie et la fixe à l'aide de quelques fils.

Jonnesco combine la cunéohystérectomie abdominale à des raccourcissements intra-abdominaux des ligaments larges et des ligaments ronds.

INDICATIONS. — Ces interventions ne guérissent pas la rétrodévi-ation. Elles peuvent remédier, dans une certaine mesure, à la bascule de l'utérus en arrière, mais elles n'ont pas d'action sur les lésions qui portent sur le plancher pelvien. On ne peut donc pas formuler les indications d'une opération qui mérite d'être simplement citée comme une tentative peu féconde en résultats.

Utéroplastie par la voie vaginale. — Il s'agit d'autoplastie faite sur l'utérus, pour faire disparaître la flexion de l'utérus.

Von Rabenau (1886), Doyen et Elescher ont proposé différents procédés pour modifier, par la voie vaginale, la forme et la longueur de la paroi antérieure de l'utérus.

Von Rabenau et Elescher pratiquent la colpo-cœliotomie antérieure et incisent l'utérus sur sa face antérieure. Le second de ces chirurgiens taille un lambeau en forme d'U au-dessous de l'angle de flexion. Il avive la face antérieure du col et suture le lambeau utérin abaissé à la partie avivée.

Doyen ouvre le cul-de-sac vésico-utérin, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Par une ingénieuse disposition des fils placés dans le tissu utérin, il rapproche les tissus et arrive ainsi à diminuer la longueur de la face antérieure de l'utérus.

Ces opérations ne répondent guère mieux aux indications des rétrodéviations.

Suppression de l'utérus. — *Hystérectomie vaginale ou abdominale.* — On a proposé de traiter la rétrodévi-ation par l'ablation de l'utérus. Il faut s'entendre, afin qu'il n'y ait pas de confusion. Une pareille opération ne peut être proposée que si toute tentative de conservation des annexes a échoué, ou est considérée comme devant conduire à un insuccès certain. Dans ces conditions, ce n'est pas la rétrodévi-ation qui est l'objectif du chirurgien. Ce sont les lésions péri-utérines qui dominent la scène et qui doivent entraîner, en même temps que leur suppression, la perte de l'utérus. Il ne s'agit pas du

traitement de la rétrodévi-ation en pareil cas, mais du traitement des inflammations péri-utérines.

Indications du traitement opératoire des rétrodéviations.

D'une façon générale, la rétrodévi-ation acquise, se manifestant chez une femme dans la période génitale, en l'absence même de tout symptôme, doit être l'objet d'un traitement. Sans doute, on ne se hâtera pas de proposer une opération pour une dévi-ation à allure silencieuse. Les moyens de douceur trouveront ici leur indication. Il y aura lieu de redresser l'utérus et de le fixer en place par un pessaire.

Mais supposons que ce traitement ait échoué et qu'il existe des accidents, que faut-il faire? L'utérus est-il mobile ou bien les brides qui le retiennent sont-elles susceptibles de se rompre sous l'influence du massage ou des différentes manœuvres déjà longuement décrites?

Il faudra bien se rendre compte de ce fait qui domine toute la pathogénie des rétrodéviations, c'est que, le plus souvent, les lésions sont complexes et qu'il y a lieu de remédier à une métrite et à des troubles de la statique pelvienne. Il existe un relâchement ou un effondrement du diaphragme pelvien et l'objectif est de restaurer le plancher périnéal par des opérations qui tendent et raccourcissent les plans et les ligaments. Si l'on ne modifie pas les différentes conditions anatomo-pathologiques qui ont engendré et qui entretiennent la rétrodévi-ation avec ses complications, on fait œuvre, sinon entièrement vaine, du moins insuffisante et aléatoire.

Dire que, pour une rétroflexion ou une rétroversion, on pratique soit une opération d'Alexander, soit une colpo-hystéropexie antérieure ou une ventro-fixation, c'est commettre une hérésie chirurgicale. L'une quelconque de ces seules interventions ne peut remplir les indications qui découlent de l'existence de lésions multiples.

Le but à atteindre, il faut le répéter, est de restaurer le plancher, de fixer le mieux possible l'utérus en antéversion-flexion et de traiter la métrite, si fréquente dans ces cas.

Le plus souvent, il faudra pratiquer le curage de l'utérus, l'amputation du col d'après le procédé de Schröder, la colporraphie antérieure et une colpo-périnéorrhaphie. On terminera la séance par le raccourcissement des deux ligaments ronds. Il faut répéter ici que l'opération d'Alexander, appliquée isolément, ne trouve ses indications que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Toutes les opérations vaginales qui ont pour but la reconstitution et la restauration du plancher pelvien sont d'une importance primordiale. Elles seront appliquées, si l'on se décide à fixer l'utérus au vagin, par l'un des procédés dont il a été question. La nécessité du curage et de l'amputation du col s'impose encore dans ce cas.

La colpo-cœliotomie antérieure, combinée aux autres opérations