que parce qu'elle contient des vaisseaux et constitue le pédicule vasculaire le plus important de l'utérus. Quant à la partie moyenne des ligaments larges, insérée sur les bords de l'utérus, entre la corne et l'isthme, et constituée simplement par

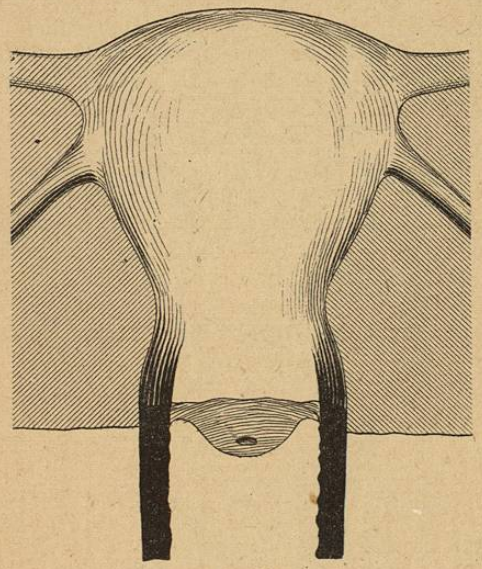

Fig. 19.
Schéma montrant l'importance relative des divers moyens d'union de l'utérus aux parties voisines.

Les parties les plus foncées étant les plus résistantes, on voit clairement l'importance du vagin comme moyen d'attache de l'utérus.

deux minces feuillets péritonéaux que sépare une lame celluleuse, elle est sans force et n'a pas de beaucoup, au point de vue opératoire, l'importance de l'étage supérieur et de l'étage inférieur de ces mêmes ligaments.

Les *ligaments utéro-sacrés* se portent en arrière, du col utérin vers le sacrum, en formant la charpente de ces replis de Douglas si faciles à voir lorsqu'on regarde par en haut le fond du

petit bassin. Leur puissance est considérable. Ils s'opposent au déplacement du col utérin vers la symphyse pubienne, et au cours d'une hystérectomie totale ils doivent être tranchés avec des ciseaux, au ras de l'utérus, car ils sont assez solides pour résister à des tractions énergiques.

J'ai dit plus haut que les adhérences celluleuses qui unissent l'utérus à la vessie sont insignifiantes. Elles ne comptent pas. Mais il est un organe qui vient, en s'insérant sur l'utérus, constituer son moyen de fixité de beaucoup le plus important, c'est le *vagin*. Le vagin, par son insertion circulaire autour du col utérin, le fixe au plancher pelvien d'une manière invincible. Les autres moyens d'attache, ligaments larges, ligaments ronds, ligaments utéro-sacrés même, ne sont rien à côté du vagin (fig. 19). Tant que les insertions vaginales du col utérin n'ont pas été tranchées, la section de tous les autres ligaments ne sert pour ainsi dire à rien, et l'utérus reste inébranlable. Lorsque le vagin est désinséré, l'utérus au contraire ne tient pour ainsi dire plus, malgré la persistance des autres ligaments, dont les manœuvres les plus simples permettent de se débarrasser. C'est là une notion fondamentale et qui domine toute la technique de l'hystérectomie, et en particulier de l'hystérectomie abdominale totale.

Les dernières notions indispensables au chirurgien sont celles qui ont trait à la disposition des vaisseaux utérins et à l'exacte situation des *pédicules vasculaires*, ou tout au moins des *pédicules artériels*, car les *plexus veineux* qui sont situés tout le long des bords de l'utérus et tout autour du col, n'ont, au point de vue opératoire, qu'une importance tout à fait secondaire. Il est d'ailleurs presque impossible de les isoler. Le col de l'utérus et ses bords baignent en effet dans d'abondants plexus qui vont, en haut et en bas des ligaments larges, verser leur sang dans les veines utérines et utéro-ovariennes.

La disposition des artères qui nourrissent l'utérus et ses annexes est beaucoup plus régulière que celle des veines. Fredet[1] en a fait tout récemment une étude anatomique excel-

[1] Fredet. *Recherches sur les artères de l'utérus*. Th. Paris, 1899.

lente à laquelle je ne saurai mieux faire que de renvoyer le lecteur pour une foule de détails qui ne peuvent trouver place ici. L'*artère du ligament rond*, qui aborde la corne utérine en même temps que cet organe, n'a aucune importance chirurgicale. Coupée, elle donne à peine quelques gouttes de sang. Il faut cependant la connaître, et, après toute hystérectomie abdominale, ne pas refermer le ventre avant de s'être rendu compte que l'hémostase du ligament rond est parfaitement assurée.

Il n'en est pas de même des autres artères de l'utérus. Celles-ci sont au nombre de deux de chaque côté. La première, destinée surtout aux annexes, et assez insignifiante en dehors de la grossesse, vient les aborder obliquement en rampant dans la partie la plus élevée du ligament large. C'est l'*artère utéro-ovarienne*. Elle occupe, avec le plexus veineux qui l'accompagne, le repli péritonéal qui s'étend de l'extrémité de la trompe au détroit supérieur, qu'il aborde vers la symphyse sacro-iliaque. Ce repli, auquel Henle a donné le nom de ligament infundibulo-pelvien, est toujours facile à reconnaître et c'est lui qu'il faudra chercher lorsqu'on voudra trouver l'artère utéro-ovarienne située dans son intérieur. Arrivée près de l'extrémité externe de l'ovaire, l'artère utéro-ovarienne donne à cet organe quelques petits rameaux, puis gagne la corne utérine au niveau de laquelle, après avoir abandonné quelques ramuscules à l'utérus, elle s'anastomose avec une anse artérielle flexueuse qui longe le bord utérin et vient directement de l'artère utérine dont elle continue le trajet.

Cette *artère utérine* est de beaucoup le vaisseau le plus important de l'utérus. C'est elle qui lui apporte presque tout le sang qui le nourrit. Née de l'hypogastrique, elle se porte obliquement dans la base du ligament large, en avant de l'uretère qu'elle longe pendant quelques centimètres, puis qu'elle croise en passant *au devant* et *au-dessus* de lui pour se porter sur les côtés du col utérin. Elle se trouve alors noyée dans un large plexus veineux qui court lui-même dans un feutrage cellulaire assez dense. L'artère est cependant assez facile à isoler. On la reconnaît à ses nombreuses flexuosités et à son volume qui est à peu près celui d'une plume de corbeau. Elle a trois

millimètres environ de diamètre, elle est blanchâtre, flexueuse, parfois même contournée en hélice. Cette disposition serpentine la rend relativement indépendante du tissu cellulaire ambiant, si bien que, lorsqu'on opère dans son voisinage, elle se dégage souvent d'elle-même, facile à reconnaître au premier coup d'œil (fig. 20).

A deux centimètres environ du col, à peu près au point où

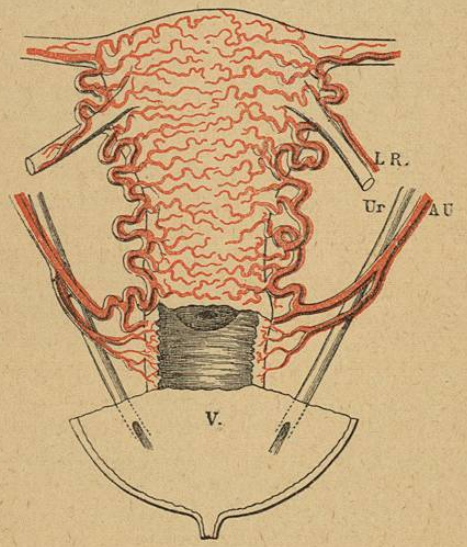

Fig. 20.
L'artère utérine et ses rapports (demi-schématique).

elle passe devant l'uretère, elle commence à donner des branches qui vont se jeter, les unes dans les parois vaginales supérieures, les autres dans l'épaisseur du col utérin. Ces branches sont assez nombreuses et forment un véritable bouquet artériel. Mais, après avoir donné ces branches, le tronc principal de l'utérine, s'infléchissant vers le haut et conservant son caractère flexueux, remonte parallèlement au bord de l'utérus pour

aller s'anastomoser près de la corne utérine avec l'extrémité de l'utéro-ovarienne.

Pendant son trajet le long du bord de l'utérus, l'artère utérine reste détachée du corps de l'organe, de sorte que son tronc ne pénètre pas dans l'utérus. Il ne fait que lui envoyer des branches plus ou moins nombreuses, mais d'un volume en général faible.

C'est là un fait très important au point de vue chirurgical. En effet, lorsqu'on ne s'écarte pas du tissu utérin au cours d'une hystérectomie et particulièrement d'une hystérectomie abdominale, lorsqu'on rase le col d'aussi près que possible, comme on le fait dans certains procédés opératoires que j'aurai l'occasion d'étudier plus loin, on ne coupe pas le tronc de l'artère utérine, qui est situé plus en dehors, on ne coupe que des branches de faible volume qui peuvent ne donner qu'une insignifiante quantité de sang et parfois même ne nécessitent aucune ligature.

Il y a donc, en résumé, si l'on se place à un point de vue exclusivement chirurgical, *quatre pédicules artériels* qui se rendent à l'utérus et à ses annexes. Deux *supérieurs*, les *pédicules utéro-ovariens*, qu'il est facile de saisir au moment où ils quittent les parois pelviennes pour aborder les annexes, dans le ligament infundibulo-pelvien, et deux *inférieurs*, les *pédicules utérins*, dans la base des ligaments larges, de chaque côté du col, et qui, selon qu'on s'éloigne plus ou moins de cet organe contiennent soit le tronc de l'artère utérine, soit de simples rameaux de cette artère.

Tous ces détails, d'ailleurs bien simples, ont, je le répète, la plus grande importance au point de vue opératoire. J'aurai l'occasion d'y revenir longuement plus loin.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les divers modes d'*exploration* des annexes, étudiés tout au long dans les traités spéciaux. Il en est un qui prime tous les autres. C'est l'*exploration bimanuelle*, le *toucher vaginal* combiné avec la *palpation sus-pubienne*. Cette manœuvre permet mieux que toute autre de se rendre exactement compte, lorsque la paroi abdominale

n'est ni trop épaisse ni trop résistante, de la situation, du volume et des rapports réciproques de l'utérus et de ses annexes. Je n'insisterai que sur un point, parce qu'il me semble qu'il n'est pas aussi universellement connu qu'il devrait l'être et parce que des ouvrages importants dans lesquels les divers modes d'ex-

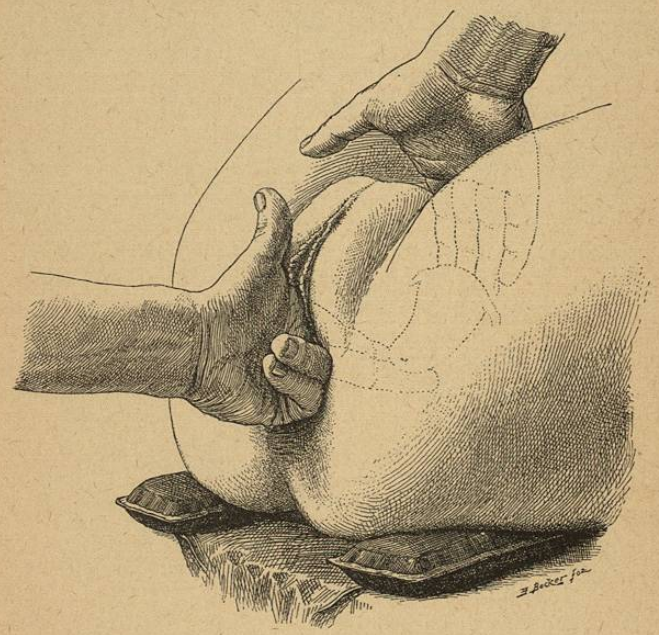

Fig. 21.
Exploration bimanuelle. Toucher vaginal avec deux doigts (Kelly).

ploration utérine sont décrits dans tous leurs détails semblent n'y attacher aucune importance et le passent même sous silence. Le toucher vaginal doit toujours être pratiqué *avec deux doigts* (fig. 21). Seules, certaines circonstances particulières, étroitesse du vagin, intégrité de l'hymen, vaginisme, etc., doivent faire renoncer à cette règle. Le toucher avec deux doigts,

index et médius, donne des renseignements infiniment plus clairs, plus précis et plus nets que le toucher avec l'index seul. Le toucher avec un seul doigt doit être exceptionnel, et person-

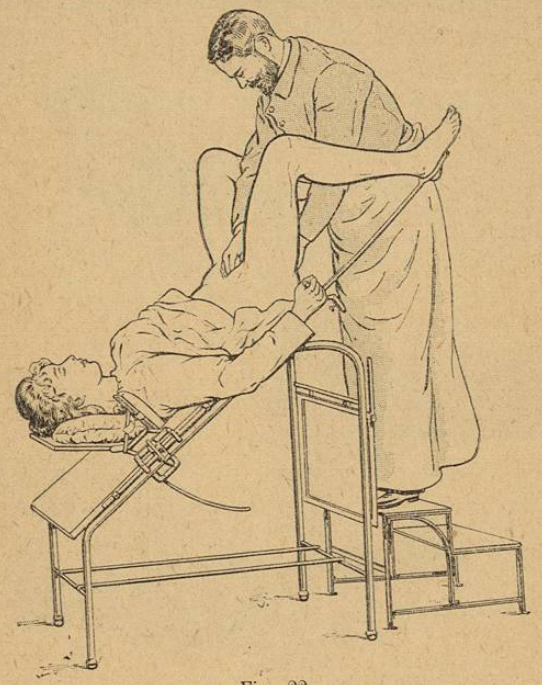

Fig. 22.
Examen gynécologique en position dorso-sacrée déclive avec la table de JAYLE.

nellement, il m'arrive beaucoup plus souvent de pratiquer le toucher avec trois doigts qui, lorsque les dimensions du vagin le permettent, ce qui n'est pas très rare, donne des renseignements plus précis encore que le toucher avec deux doigts et permet de se rendre un compte plus exact de l'état anatomique du petit bassin.

Je rappelle encore qu'il est de toute nécessité de s'habituer à pratiquer le toucher vaginal avec la main gauche aussi bien qu'avec la main droite. L'état des annexes droites, pour peu qu'elles ne soient pas très volumineuses, ne s'apprécie bien, en effet, qu'en touchant la femme avec la main droite, tandis que la main gauche peut seule explorer avec précision les annexes du côté gauche.

Enfin, dans les cas difficiles, il peut être très avantageux de pratiquer l'exploration bimanuelle, en mettant la malade *en position déclive* (fig. 22). La table de Jayle, qui permet de renverser la femme avec facilité, est excellente. Sous l'influence de la position, les viscères descendent vers le diaphragme, le petit bassin se vide, les organes sains ou malades deviennent beaucoup plus accessibles, et il est quelquefois possible de se rendre un compte exact de lésions qu'un examen ordinaire n'eut pas permis de révéler.

CLASSIFICATION

DES LÉSIONS ANNEXIELLES

Les annexes de l'utérus n'échappent pas à la loi commune et les grands processus morbides qui dominent la pathologie se retrouvent ici comme partout ailleurs. Mais leur importance est très inégale.

C'est ainsi que le traumatisme sous toutes ses formes, plaies, contusions, ruptures et déchirures, peut venir atteindre les annexes. Le fait est très rare, à cause de la petitesse et de la mobilité de ces organes, et aussi de la barrière solide qu'oppose aux violences extérieures le mur de l'enceinte pelvienne. Les *lésions traumatiques* de la trompe et de l'ovaire n'en existent pas moins, mais elles sont toujours associées à des désordres beaucoup plus graves et passent au dernier plan. En réalité elles ne méritent aucune description spéciale, et je n'en dirai rien.

Il n'en est pas de même des *lésions infectieuses*. Par leur fréquence et leur gravité, elles commandent à chaque instant l'intervention chirurgicale. Leur étude domine presque complètement la pathologie des annexes et j'aurai à les décrire avec soin, en m'attachant surtout à ce qui concerne leur traitement.

Les *lésions organiques*, quel que soit d'ailleurs le sens qu'on attache à ce terme, sont aussi des plus communes. Leur étude se limite à l'histoire des tumeurs et en particulier des kystes de l'ovaire. Elle n'en constitue pas moins un des chapitres les plus importants de la chirurgie abdominale.

On sait que, depuis quelques années, la pathologie de la trompe s'est enrichie d'un chapitre nouveau. L'*hématocèle pelvienne* doit être presque toujours rapportée à la rupture d'une

grossesse tubaire. Il est donc tout naturel de faire rentrer dans la pathologie des annexes l'étude de la grossesse ectopique et de ses complications hémorragiques.

J'étudierai enfin les affections des *ligaments larges* qui sont assez importantes et celles des *ligaments ronds*, qui le sont infiniment moins.