

de tissu cellulaire exceptés. Ils entrent sur une des lèvres de la plaie, ressortent à travers l'autre lèvre, en passant tous trois à égale distance à travers une certaine épaisseur de tissu utérin, l'inférieur au niveau de la réunion du col et du corps, le supérieur à la hauteur du fond de l'utérus, et le troisième à égale distance des deux premiers. Puis, on place une pince hémostatique à chacune de leurs extrémités, pour ne pas qu'ils se dérangent, pendant qu'on pose les fils qui fermeront la cavité abdominale. Ces derniers étant mis en place, la grosse soie qui servait à maintenir l'utérus est enlevée, le chirurgien s'assure une dernière fois de son hémotase, noue les fils fixateurs et referme le ventre.

M. Pozzi est en Franco l'un des plus ardents défenseurs de la suture en surjet et à étages, qui est d'ailleurs un procédé très recommandable ; toutes les laparatomisées que j'ai vues dans son service ne conservaient après guérison qu'une cicatrice linéaire à peine visible. C'est l'application de cette méthode de suture à l'hystéropexie qui en fait toute la modification. Trois anses de la suture en surjet, qu'il fait avec un fil de soie et qui comprend l'épaisseur du péritoine et des muscles, sont passées dans le tissu utérin qu'ils approchent de la paroi pariétale en fermant la plaie abdominale. C'est aussi un excellent procédé.

Il ne faudra pas employer indifféremment le catgut, la soie ou le crin de Florence. Chacun de ces agents a ses défenseurs ; la soie cependant est certainement préférable. Elle s'absorbe très lentement, ce qui donne à l'utérus le temps de faire des adhérences solides, et elle est bien tolérée par les tissus, pourvu qu'elle soit parfaitement aseptique.

\* \* \*

L'hystéropexie est-elle une bonne opération, et doit-on la recommander ?

Ici, deux points se présentent : ou bien il s'agit d'hystéropexie type, de parti pris, ou bien d'hystéropexie complémentaire d'une laparatomie pour altérations des annexes. Dans ce dernier cas, son emploi, lorsqu'il est indiqué, n'est pas discutable. En effet, pendant que le ventre est ouvert, le chirurgien ne saurait refuser à sa malade, s'il lui trouve un utérus en rétro ou latéro flexion ou version, les bénéfices de cette opération, qui n'augmente alors rien les dangers encourus par sa patiente, et qui est, on pourrait dire, la cure radicale des déviations. De même, après avoir enlevé les annexes, alors que l'utérus n'étant plus soutenu par ses ligaments enlevés, flottera dans le petit bassin comme un battant de cloche, on devra, en refermant le ventre, fixer cet utérus à la paroi abdominale. Ainsi donc, il est entendu que, comme opération complémentaire, il n'y a pas à hésiter sur l'emploi de l'hystéropexie lorsqu'elle est indiquée.

Mais voici une autre éventualité : le chirurgien se trouve en