

L'hystéropexie peut s'adresser d'emblée à la cure des rétro-déviation utérines, c'est alors l'hystéropexie type, hystéropexie de propos délibéré.

Dans d'autres cas, au contraire, elle ne constitue qu'un temps secondaire d'une laparatomie faite pour lésions des annexes, c'est l'hystéropexie complémentaire.

Dans l'exposé de son manuel opératoire, je n'envisagerai que l'opération type, autrement je serais entraîné à décrire tous les accidents que présentent les opérations que le chirurgien se voit obligé de pratiquer dans le petit bassin de la femme.

L'hystéropexie comprend deux temps principaux : 1° La laparatomie exploratrice ; 2° La fixation proprement dite de l'utérus.

Je n'ai pas à insister longuement sur la technique de la laparatomie exploratrice. Le ventre est ouvert couche par couche sur la ligne blanche. Quelques chirurgiens ont conseillé une très petite incision, mais je n'y vois qu'inconvénients, sans avantages réels. En effet, avec les procédés actuels de suture, les éventrations consécutives ne sont guère à craindre, et d'un autre côté, avec une petite incision où on ne peut pas introduire la main, il est bien difficile de faire l'exploration des organes pelviens. De plus, au cas d'hémorrhagie causée par la rupture des adhérences, on aura tout avantage à avoir une ouverture assez longue. On ne devra donc pas hésiter à faire l'incision suffisamment longue.

Le péritoine ouvert, le chirurgien, à l'aide de sa main introduite dans la cavité abdominale, se rendra compte de l'état de l'utérus, puis des annexes, et décidera sur le champ s'il doit faire porter son intervention sur ces dernières, ou se contenter de détruire les adhérences s'il y a lieu, et de fixer l'utérus à la paroi abdominale. Ce dernier étant complètement mobilisé, c'est alors qu'il faut passer au second temps, à savoir : la fixation de l'utérus.

Presque tous les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération y ont apporté chacun une légère modification de technique. Nous ne saurions faire ici l'exposé de ces différentes méthodes, cela nous entraînerait bien trop loin, et d'ailleurs de tous ces procédés il n'en reste plus guère en usage que deux, ceux de Terrier et de Pozzi. Ils se ressemblent d'ailleurs beaucoup, le seul point sur lequel ils diffèrent est que l'un fixe l'utérus par trois points séparés, et l'autre par trois points de suture continue.

Voici en quoi consiste le procédé de Terrier : le chirurgien saisit de sa main introduite dans l'abdomen le fond de l'utérus qu'il attire vers l'extérieur. À l'aide de l'aiguille de Reverdin courbe, un gros fil de soie est placé longitudinalement dans le fond de la matrice en pénétrant un peu dans son tissu ; ce fil sert à attirer l'organe en haut et à le maintenir derrière la paroi abdominale. Les trois fils fixateurs sont alors placés. Ce sont trois fils de soie qui prennent toute l'épaisseur de la paroi abdominale, la peau et