

XVIII

HYSTÉROPEXIE

Fixation de l'utérus redressé.

INDICATIONS. — Cette opération, conçue tout d'abord par Amussat qui se servit de la voie vaginale, et plus tard, par Kœberlé qui eut recours à la voie abdominale, s'applique à certaines rétrodéviations et prolapsus utérins.

Les rétroversions et rétroflexions de l'utérus ne sont justiciables de ce mode de traitement, que lorsqu'elles sont accompagnées de troubles assez intenses et après l'échec de tous les moyens palliatifs : redressement manuel suivi d'application de pessaires; ceintures, massage, etc.

Les douleurs spontanées ou survenant au moindre mouvement; les métrorragies fréquentes et douloureuses, altérant l'état général; les phénomènes de compression du rectum, de la vessie: constipation opiniâtre, défécations douloureuses, rétention d'urine, ou, au contraire, mictions fréquentes, la dysurie, seront autant d'indications pour l'intervention chirurgicale. Dans ce cas, elle est ordinairement réclamée par la malade elle-même, désespérée du traitement médical, resté impuissant.

Le prolapsus de l'utérus nécessite beaucoup plus rarement cette opération. Du reste, elle ne peut être suffisante

que dans les rares cas de prolapsus purement utérins sans cystocèle, ni rectocèle, ni affaiblissement ou déchirures du plancher pelvien. Dans les cas contraires, on devra la compléter par l'amputation du col et les diverses opérations plastiques sur le vagin et le périnée.

La fixation de l'utérus redressé et ramené dans une situation qui se rapproche le plus de sa position physiologique, peut être faite par deux voies: abdominale ou vaginale, d'où l'*hystéropexie abdominale* ou *gastro-hystéropexie* et l'*hystéropexie vaginale* ou *colpo-hystéropexie*.

Nous considérons la première comme l'opération de choix dans tous les cas où l'hystéropexie est indiquée. Elle seule donne un point d'appui vraiment solide à l'utérus. Du reste, la vagino-fixation du corps utérin entrave parfois dans la suite le cours de la gestation et peut aussi donner lieu à de sérieuses complications au moment de l'accouchement. Elle sera donc plutôt réservée aux femmes qui approchent ou qui ont déjà passé la ménopause.

En tout cas, la colpo-hystéropexie, plus bénigne que la gastro-fixation, n'est matériellement possible que dans les rétrodéviations mobiles ou, au moins, mobilisables. La présence des adhérences fixant et immobilisant l'utérus dans sa position vicieuse, est une indication encore plus précise pour la voie abdominale.

1. — HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE OU GASTRO-HYSTÉROPEXIE

Nous ne mentionnons que pour mémoire la méthode de Sims-Kelly, qui, après avoir redressé l'utérus à l'aide des deux doigts pressant sur le col, transpercent, à l'aveugle, avec une aiguille courbe, sans incision préalable, toute l'épaisseur des parois abdominales et le corps de l'utérus (fig. 70).

On comprendra aisément que dans ces conditions on court le risque de traverser une anse intestinale.

Caneva, Crespi, Assaky, Vaton, agissent de même, avec cette différence qu'ils incisent la partie musculo-cutanée

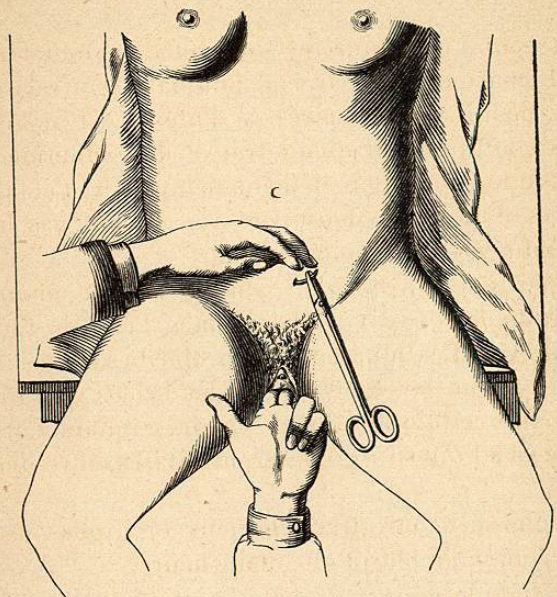


Fig. 70. — Hystéropexie abdominale; procédé de Sims-Kelly.

de la paroi abdominale ; leurs procédés ne sont pas plus recommandables.

La technique d'Olshausen et de Sängér est également délaissée. Leur méthode de fixation semi-directe, des sutures bilatérales, qui porte plutôt sur les ligaments ronds et les bords internes des ligaments larges, que sur les cornes utérines mêmes, a le grave inconvénient de laisser une fente entre l'utérus et la vessie, ce qui peut donner lieu à des étranglements internes.

Restent les excellentes méthodes de fixation directe médiane du corps utérin à la paroi abdominale anté-

rieure de Czerny-Terrier, de Leopold et de Pozzi que nous allons décrire ici.

PROCÉDÉ DE CZERNY-TERRIER

Les soins préliminaires sont ceux de toute laparotomie. L'incision de la paroi abdominale sera relativement petite, de 5 à 6 centimètres, si l'utérus est mobile. Dans le cas contraire, lorsqu'on trouve des adhérences multiples ou lorsqu'on doit en même temps faire l'ablation des annexes d'un ou de deux côtés, on ne doit pas hésiter à l'agrandir pour se donner du jour.

Le péritoine ouvert, on explore, avec la main droite introduite dans la cavité abdominale, l'état de l'utérus et des annexes. Les adhérences péri-utérines lâches, minces, seront rompues avec les doigts ; les brides volumineuses les tractus cellulo-fibreux vasculaires reliant l'utérus au rectum et à l'intestin grêle seront divisés entre deux ligatures.

Ce temps peut être très laborieux et il nous est arrivé de lui consacrer plus d'une demi-heure.

Si l'état des annexes exige leur ablation, on le fera, avant de fixer l'utérus.

Enfin la matrice est saisie par le fond et attirée vers la cavité pariétale. Terrier (*Revue de Gynécologie*, 10 mars 1889) place ensuite, à l'aide de l'aiguille de Reverdin, un fil de soie longitudinalement dans le fond de l'utérus en pénétrant un peu dans son tissu ; mais seulement si l'utérus est difficile à redresser. Ce fil sert alors à attirer l'organe en haut et à le maintenir derrière la paroi abdominale (fig. 71). Les intestins sont refoulés en haut et en arrière à l'aide des compresses aseptiques. Quand il s'agit de rétrodéviation, il n'est pas nécessaire de soulever l'utérus aussi haut, comme dans les cas de prolapsus ; on

peut se passer du fil de soie suspenseur, qui, pourtant, permet de faire une fixation plus solide.

Une grosse soie est alors passée obliquement, d'abord à gauche, à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, *la peau exceptée*; elle ressort par le péritoine, puis est conduite de droite à gauche, *en faufilé*, dans

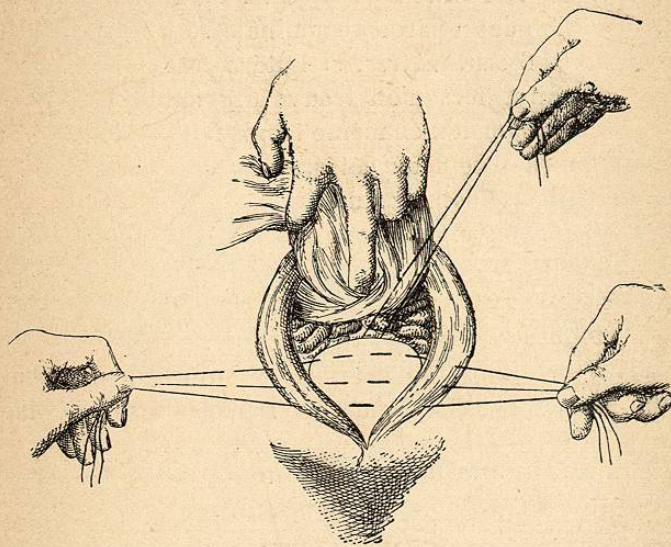


Fig. 71. — Hystéropexie abdominale; procédé de Terrier.

l'épaisseur même du tissu utérin, au niveau environ de la réunion du col et du corps. Enfin elle est de nouveau passée dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. Czerny fait une anse simple sans faufilé (fig. 72). On place deux pinces à forcipressure aux deux extrémités de ce fil. Un deuxième, puis un troisième fil de grosse soie sont passés de même, l'un vers le milieu du corps, l'autre très près du fond de l'utérus et maintenus par des pinces. Tout étant bien épongé, on fait successivement ces trois ligatures en allant de bas

en haut, puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus pour le maintenir incliné en avant pendant qu'on

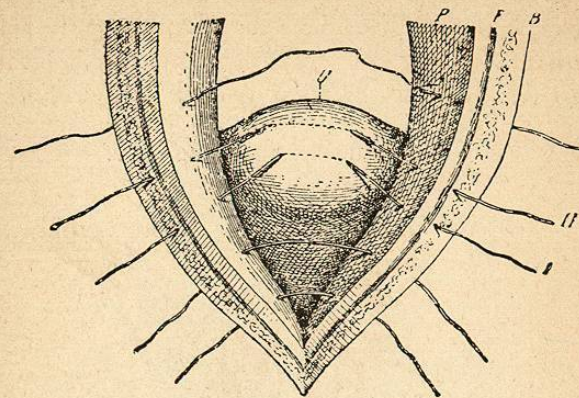


Fig. 72. — Hystéropexie abdominale; procédé de Czerny.
U, utérus; I, II, fils fixateurs; P, péritoine; F, fascia sous-péritonéal; D, derme.

procède à la suture, ou bien on le suture de la même façon que les précédents (fig. 73). Dans les cas de prolap-

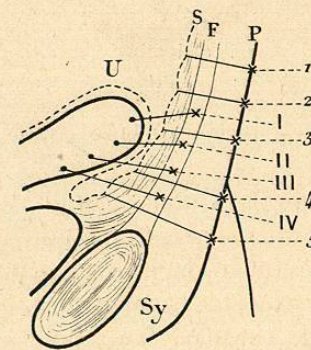


Fig. 73. — Hystéropexie abdominale; procédé de Czerny-Terrier.
U, utérus; Sy, symphyse pubienne; P, plan cutané; F, plan musculaire; S, péritoine;
I, II, III, IV, fils fixateurs; 1, 2, 3, 4, 5, sutures de l'ouverture abdominale.

sus, Terrier fixe l'utérus par un plus grand nombre de points de suture.

PROCÉDÉ DE LÉOPOLD

C'est le procédé perfectionné de Lawson-Tait.

Il diffère de celui de Czerny en ce que les fils sont passés en dehors des bords de la plaie, traversent toute l'épaisseur de la paroi abdominale et sont destinés à être enlevés du douzième au dix-huitième jour. Un grattage

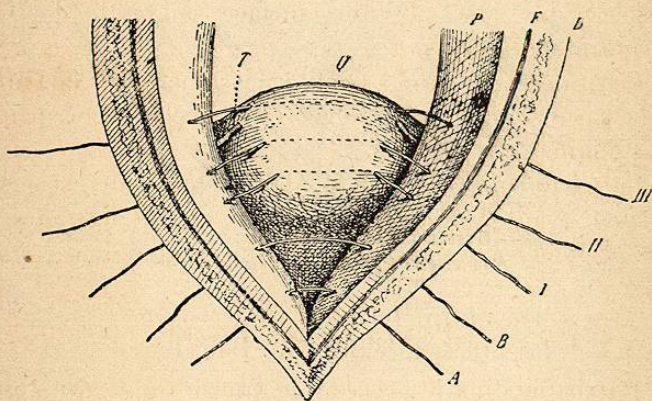


Fig. 74. — Hystéropexie abdominale; procédé de Léopold.
I, II, III, fils fixateurs; T, trompes; P, péritoine; F, fascia sous-péritonéal; D, derme.

de la séreuse péritonéale facilite les adhérences de l'utérus à la paroi.

Le premier fil traverse d'abord toute l'épaisseur de la paroi abdominale, en dehors du bord gauche de la plaie; il passe ensuite au niveau de l'insertion du ligament rond gauche, à travers la paroi antérieure de l'utérus; puis il ressort en traversant toute l'épaisseur de la paroi, en dehors du bord droit de la plaie abdominale. Le deuxième point de suture de soie est placé à 4 centimètres environ au-dessus du premier; il pénètre sous la séreuse, au fond de la matrice, près de l'origine des trompes, au milieu des fibres musculaires de la paroi antérieure de ce fond.

Le troisième fil de soie est placé de la même manière en arrière de l'insertion des trompes, à 1 centimètre du deuxième.

Chaque fil a un trajet intra-musculaire utérin d'environ 2 centimètres (fig. 74).

Avant de lier ces fils fixateurs, Léopold gratte la séreuse péritonéale avec le dos d'un bistouri au niveau du fond de l'utérus, entre les points d'entrée et de sortie des fils, ce qui constitue une surface saignante d'environ 4 centimètres carrés.

Ce grattage, destiné à faciliter les adhérences de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, doit être léger, pour ne pas donner trop de sang.

La partie inférieure de la plaie abdominale est ensuite fermée avant de nouer et de serrer les fils fixateurs. Les fils profonds supérieurs sont liés en dernier lieu.

PROCÉDÉ DE POZZI

Pozzi a modifié le procédé de Czerny en ce sens que la suture, au lieu d'être à points séparés, est faite en surjet et à étages.

A l'aide d'une aiguille de Hagedorn, armée d'un fil de soie fine, mais résistante, il commence par fermer la plaie de la paroi à sa partie inférieure en faisant un premier surjet qui comprend le péritoine, l'aponévrose profonde et les muscles droits, de façon à prendre à l'angle inférieur un point d'appui.

Arrivant alors sur la face antérieure de l'utérus, dont le fond est maintenu relevé et appliqué contre la paroi abdominale à l'aide d'une pince tire-balles ou d'une pince de Museux, il traverse une première fois la couche superficielle de la paroi antérieure de cet organe avec le fil qui vient de lui servir et avec lequel il a commencé le surjet péritonéal. Ce premier point de surjet placé, il continue

de la même manière en se dirigeant vers le haut de la plaie. Il réunit ainsi, à l'aide du même fil, les muscles, l'aponévrose des droits et le péritoine, et la face antérieure de l'utérus (fig. 75). Après avoir dépassé le fond de l'utérus, il termine le surjet comme il le fait d'habitude dans toutes les laparotomies.

Il complète la suture de la paroi en faisant par-dessus

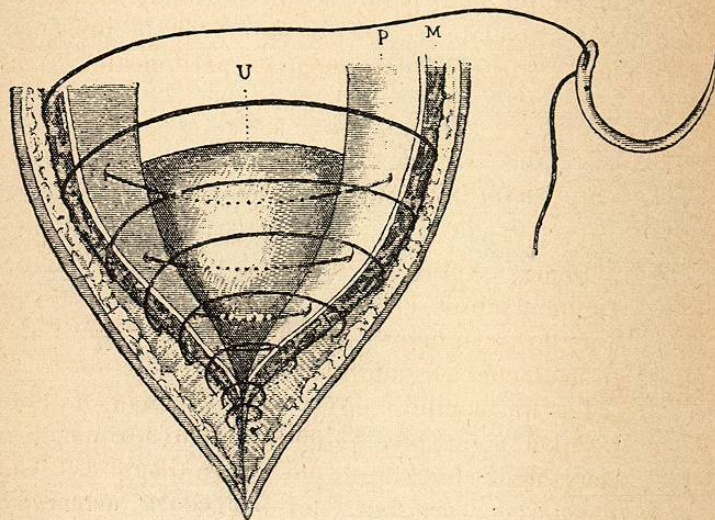


Fig. 75. — Gastro-hystéropexie; procédé de Pozzi.
U, utérus; P, péritoine; M, plan musculaire (Chalot).

un second surjet au catgut à deux plans superposés et comprenant les muscles droits et l'aponévrose superficielle; puis il place des sutures profondes de soutènement à la soie et des sutures superficielles intercalaires (Baudouin).

CHOIX D'UN PROCÉDÉ. — Tous les procédés que nous avons décrits donnent également de très bons résultats. On peut, du reste, les combiner comme nous le faisons :

nous passons les fils à travers les lèvres de la plaie abdominale, la *peau exceptée*, comme le fait Czerny; mais ensuite, à l'exemple de Léopold, nous grattons la séreuse péritonéale avec le dos du bistouri, au niveau du fond de l'utérus. Nous remplaçons les fils de soie par le gros catgut, préparé à l'acide chromique, très résistant. Notre technique nous paraît réunir les avantages des deux procédés et évite les inconvénients de la présence des fils non résorbables dans la cavité péritonéale.

II. — HYSTÉROPEXIE VAGINALE OU COLPO-HYSTÉROPEXIE

Depuis Amussat et Richelot père, les procédés de vagino-fixation se sont multipliés en raison des difficultés que les opérateurs rencontraient à fixer l'utérus aux tissus lâches et mobiles du vagin.

Les uns comme ceux de Von Rabenau, de Schmidt, de Fränkel n'ont plus qu'un intérêt historique. Les autres, ceux de Schucking, de Debrunner, de Thiem, de Zweifel, de Torngren, sont délaissés à juste raison parce qu'ils font courir de trop grands risques à la vessie et aux intestins.

On ne se sert guère non plus de la technique de Richelot, de Nicoletis qui relèvent l'utérus en prenant un point d'appui sur la paroi vaginale postérieure et le périnée, ni du procédé de rétrofixation du col de Sänger.

La vagino-fixation de Péan, de Bossi, diffère peu des interventions plus anciennes. Il faut arriver à l'année 1892 pour voir surgir deux procédés qui offrent les plus grandes garanties de succès. Ce sont ceux de Mackenrodt et de Dührssen. Ils réunissent les avantages des autres sans en avoir les inconvénients. Les légères modifications qu'y ont apportées depuis Jacobs, Winter, Steinbuechel,

Orthman, Knorre ne sont pas toutes heureuses et ne portent guère que sur quelques détails.

Nous suivrons la description qu'en ont donnée Arrizabalaga et Pichevin. Ils ont bien réglé les différents temps de l'opération de Mackenrodt et ont facilité son exécution par quelques perfectionnements de l'instrumentation et du manuel opératoire.

PROCÉDÉ DE MACKENRODT

La malade étant placée, après chloroformisation, dans la position dorso-sacrée, on fait l'antisepsie soignée des organes génitaux externes et du vagin, on évacue la vessie et on pratique un curage minutieux de l'utérus, pour être sûr de l'asepsie de la cavité utérine. Du reste, la muqueuse utérine est toujours, dans ces cas, plus ou moins malade, surtout au niveau de l'angle de flexion.

On fixe ensuite la muqueuse vaginale avec une pince à griffes placée un peu au-dessous du tubercule de la colonne antérieure du vagin. Une autre pince est placée, les dents mordant tout près de l'orifice externe du col; deux autres pinces à traction, ou mieux les écarteurs érignes, imaginés par Pichevin, sont placés l'un à droite, l'autre à gauche, à un centimètre de la ligne médiane, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la paroi vaginale antérieure.

Les aides tirent la pince supérieure en haut et en avant, les pinces intermédiaires en bas et en avant. On incise alors sur la ligne médiane, depuis la pince placée près de l'orifice externe du col jusqu'au tubercule de la colonne antérieure, en n'intéressant que la paroi vaginale.

On décolle ensuite les deux lèvres de l'incision avec le bistouri et on sépare ainsi la paroi vaginale de la paroi vésicale. Le décollement se fait en rasant le lambeau vaginal, en cherchant le plan de clivage, en dirigeant le

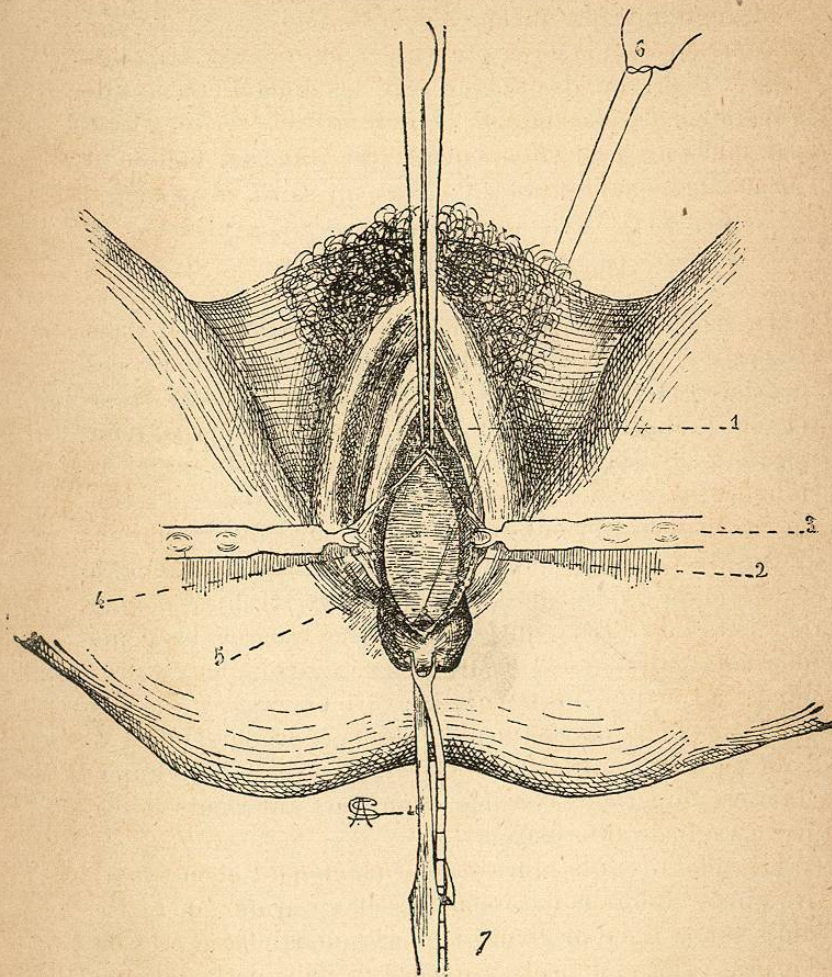


Fig. 76. — Hystéropexie vaginale; procédé de Mackenrodt.

1, la pince saisissant la muqueuse vaginale sur la ligne médiane, juste au-dessous du tubercule sous-urétral; 2, bord interne du lambeau vaginal gauche écarté; 3, écarteur-érigne étalant en dehors la face interne du lambeau vaginal décollé; 4, pointillé montrant le tracé de la colporrhaphie antérieure qui sera pratiquée plus tard; 5, paroi vésicale après libération des deux lambeaux vaginaux; 6, un fil relève le tissu cellulaire situé entre la vessie et le vagin et le col; au-dessous de ce tissu on commence à apercevoir la face antérieure de l'utérus; 7, pince hystéromètre tirant le col hors de la vulve (Arrizabalaga).

bistouri non pas d'avant en arrière, mais de dedans en dehors, et transversalement (fig. 76). En écartant les deux lambeaux vaginaux, on est en présence de la paroi vésicale; on tire sur la pince supérieure de façon à bien tendre cette paroi; on met, au besoin, une sonde à large courbure dans la vessie, pour voir jusqu'où cet organe descend sur le col utérin; alors on saisit la portion la plus déclive de la vessie recouverte de tissu cellulaire, on la soulève et, avec des ciseaux courbes, on détache la vessie de la partie correspondante du col; pour ce faire, on écarte bien les extrémités inférieures des lambeaux vaginaux, et d'un petit coup de ciseaux perpendiculaire à la direction de l'utérus redressé par l'hystéromètre à double courbure de Pichevin, on coupe, avec précaution, quelques brides celluluses qui relient à ce niveau la vessie au col utérin. On soulève un peu la vessie et, avec les ciseaux ou mieux avec le doigt, on agrandit transversalement le décollement créé entre la vessie et la face antérieure de la partie inférieure du col (fig. 77). Avec le doigt on approfondit ce décollement en relevant la vessie; une petite valve étroite peut être glissée entre la paroi antérieure de l'utérus et la vessie; si on le juge nécessaire on peut, à ce moment, pratiquer l'opération de Schröder.

Quand, avec l'hystéromètre, on s'est assuré qu'on est, par exemple, à 3 centimètres et demi du fond, on passe dans le tissu utérin, sur la ligne médiane, à l'aide d'une aiguille courbe, le plus haut possible, un fil de soie qui servira à abaisser et à basculer l'utérus (fig. 78). Ce fil est tiré fortement en bas et en avant, et une surface utérine plus grande se présente à la vue. On poursuit le décollement de la vessie et on passe dans le tissu utérin un second fil tracteur. On recommence la même manœuvre et on ne tarde pas à voir apparaître le péritoine à la partie supérieure du dédoublement. Il est rare qu'on puisse arriver

à un centimètre du fond de la cavité utérine sans avoir déchiré le péritoine; cette ouverture est d'ailleurs avan-

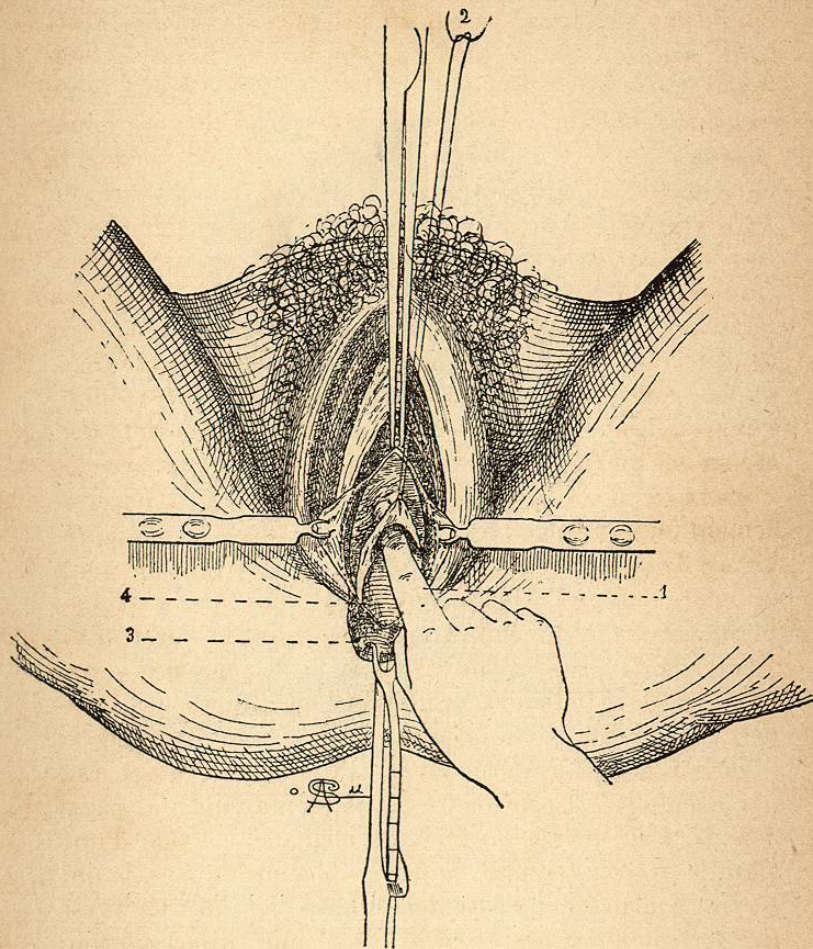


Fig. 77. — Hystéropexie vaginale; procédé de Mackenrodt.

1, l'index décolle la vessie de l'utérus et chemine dans le tissu cellulaire qui se trouve à ce niveau; 2, le fil placé à la partie inférieure du tissu cellulaire vagino-vésico-utérin, tire la vessie par en haut et nous montre une petite portion de cet organe en rapport avec la face antérieure du col; 3, portion du col située au-dessous de l'incision médiane et recouverte par la muqueuse; 4, portion de ce col située au-dessus de l'incision et mise à nu par le dédoublement de la cloison vésico-utérine.