

Fig. 78. — Hystéropexie vaginale; procédé de Mackenrodt.

La pince hystéromètre a été ôtée pour faciliter la bascule du fond de l'utérus en avant. 1, fil abaisseur passé verticalement au milieu de la face antérieure de l'utérus; 2, autre fil abaisseur placé plus près du fond, qui sort entre les lèvres de la plaie vaginale; 3, la partie inférieure du col située au-dessous de l'incision médiane, recouverte de la muqueuse vaginale, s'enfonçant dans le vagin; 4, la partie supérieure du col mise à nu par le décollement de la vessie et vue en raccourci s'enfonce plus profondément dans le vagin et fait un angle avec le corps utérin; 5, 5', les lambeaux vaginaux ont été coupés suivant le tracé fait en pointillé et indiqué dans la figure précédente; 6, fil tirant par en haut la vessie et le tissu cellulaire vésico-vagino-utérin; 7, le péritoine décollé très haut et apparaissant sous forme d'une fine membrane.

tageuse dans beaucoup de cas, en ce sens qu'elle permet de bien voir ce que l'on fait et d'éviter à coup sûr une anse intestinale.

Mackenrodt n'emploie pas des fils tracteurs. Il fait basculer l'utérus avec l'hystéromètre à l'aide duquel il pousse l'utérus aussi avant que possible. C'est Pichevin qui a eu l'heureuse idée d'emprunter ce temps opératoire au procédé de Dührssen. Seulement, au lieu de les placer transversalement dans le tissu utérin, il préfère les passer verticalement, de haut en bas, pensant que leur action serait ainsi plus puissante.

Reste à fixer l'utérus et à fermer la plaie vaginale.

Auparavant, on résèque, s'il est nécessaire, un lambeau de chaque côté du décollement vaginal. On fera en sorte que la largeur du lambeau soit plus grande à la partie moyenne qu'en bas et en haut; on a ainsi une perte de substance vaginale en forme de losange.

La vessie étant repoussée par une valve, l'utérus rendu bien visible et accessible grâce à la traction exercée par les fils abaisseurs, on passe les fils fixateurs.

Avec une aiguille courbe en hameçon, on passe un fil de soie plate assez gros à un centimètre de l'incision vaginale et aussi près que possible de l'extrémité supérieure de l'incision médiane. Le fil passe de dehors en dedans dans le lambeau vaginal gauche, évite la vessie relevée et va sur l'utérus; l'aiguille accroche un centimètre à un centimètre et demi de tissu utérin et va prendre ensuite la face interne du lambeau vaginal droit à un centimètre environ du bord cruenté, dans un point symétrique.

On enlève alors les fils abaisseurs devenus inutiles, et on place, transversalement, un deuxième fil fixateur ayant une disposition analogue à celle du premier, mais situé un peu plus bas. Si le cul-de-sac péritonéal n'a pas été ouvert, on doit faire une suture perdue dans le tissu sous-péritonéal décollé ou fouillé et on passe alors à la ligature



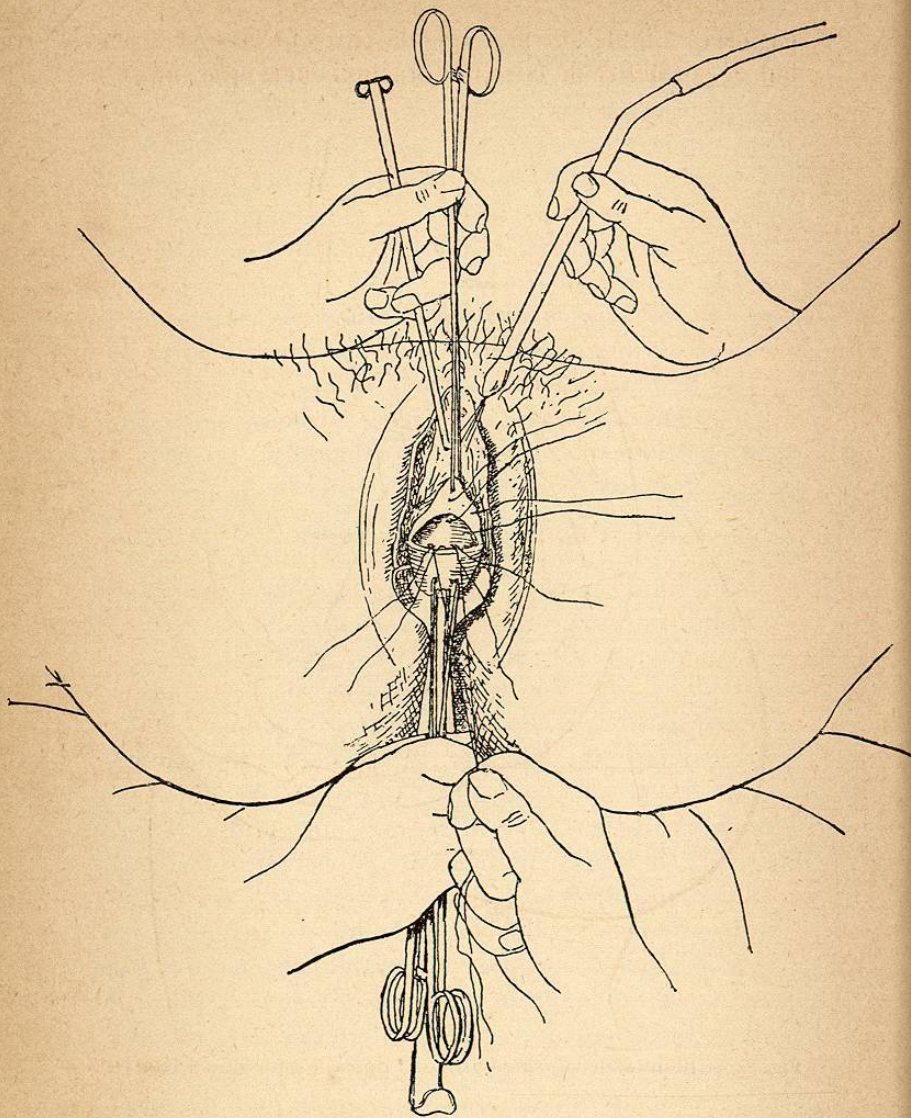


Fig. 80. — Vagino-fixation; procédé de Dührssen.

L'utérus, abaissé au moyen de fils passés transversalement, est fixé à la partie postérieure de la lèvre supérieure de l'incision vaginale par des fils perdus placés verticalement (Arrizabalaga).

pas serré ; il ne traverse que la paroi utérine et a pour but de permettre de faire une traction énergique sur l'uté-

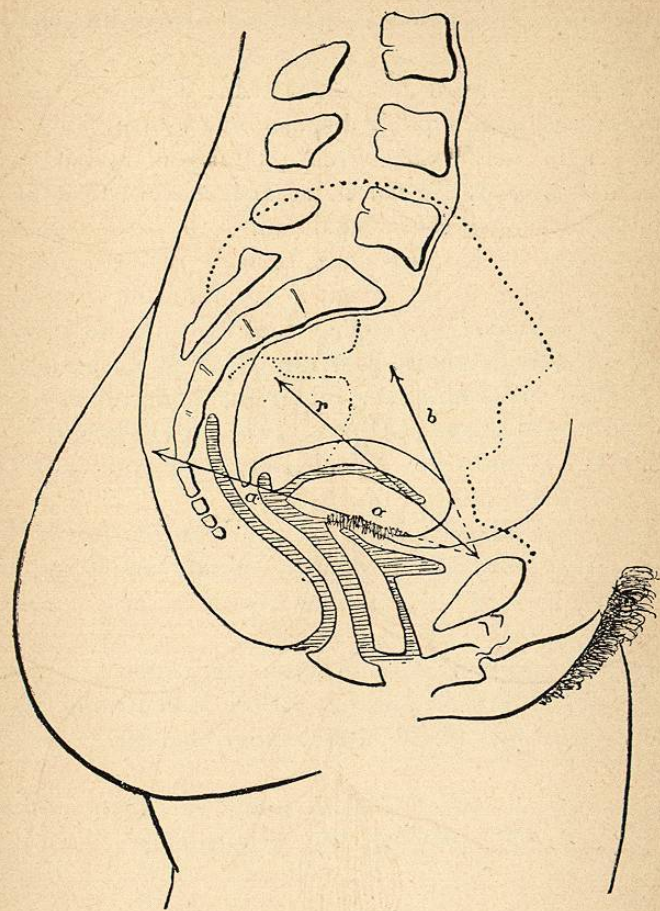


Fig. 81. — Résultat de la vagino-fixation d'après le procédé de Dührssen.

rus ; c'est un fil abaisseur qui remplace la pince de Museux, désormais inutile.

Par l'intermédiaire de ce fil, on abaisse l'utérus et on

place de plus en plus haut un deuxième, troisième, quatrième fil abaisseur, ayant la même disposition et le même rôle que le premier ; le dernier est placé aussi haut que possible ; il passe habituellement au niveau du fond de l'utérus.

Le fond étant ainsi amené en avant, l'opérateur place trois fils fixateurs, dont la disposition est la suivante : ils entrent à la face postérieure du lambeau vaginal supérieur, tout près de l'incision, se dirigeant verticalement en haut, traversent toute l'épaisseur de la paroi vaginale, à l'exception de la muqueuse, et vont ressortir un peu plus haut. Enfin, ils traversent la paroi utérine antérieure au niveau du fond (fig. 80). Ce sont donc des fils à direction longitudinale antéro-postérieure ; de plus, ce sont des fils perdus, car ils sont dans l'intérieur du décollement, et une fois noués, ils ne sont plus visibles à l'extérieur. Ces fils noués, on enlève les fils abaisseurs devenus inutiles, et on coupe les sutures au ras.

On ferme la plaie vaginale avec une suture continue au catgut ; on enlève l'hystéromètre, on fait un lavage intra-utérin suivi d'un tamponnement à la gaze iodofornée (fig. 81).

Toute l'opération dure environ dix minutes ; lorsqu'elle est terminée, l'utérus est en antéflexion ; souvent il est un peu dévié latéralement, habituellement à droite.

La malade gardera le lit huit jours, et s'abstiendra de travaux pénibles pendant un certain temps (Arrizabalaga).

CHOIX D'UN PROCÉDÉ. — Comme on a pu s'en rendre compte, le procédé de Dührssen est plus simple, plus expéditif que celui de Mackenrodt. Néanmoins, nombre de chirurgiens préfèrent ce dernier, qui permet de faire, pour ainsi dire, les sutures à ciel ouvert, et qui met l'utérus

dans une anté-courbure se rapprochant plus de la normale.

En outre, la technique de Mackenrodt assure une cicatrice vagino-utérine beaucoup plus longue, et par suite la matrice a plus de chances de rester fixée en bonne position.