chaque émission d'urine, et en ayant la précaution de n'écarter les cuisses que très peu. Les lignes d'affrontement demeureront soigneusement cachées.

Au bout de douze à quinze jours on enlève, si l'on s'est servi de soie, les fils extérieurs (F jusque C, fig. 88), la malade restant toujours couchée ; on pourra à ce moment lui faire prendre une injection vaginale. A partir du vingtième jour, la femme pourra s'asseoir ; et, après le vingt et unième ou vingt-deuxième, sortir du lit. En général les patientes se ressentent quelques jours encore de leur long séjour au lit ; mais elles se remettent très vite, grâce à la liberté des mouvements que leur a reconquise la disparition de l'infirmité.

L'enlèvement d'un ou de deux fils vaginaux de la suture étagée au catgut se fait facilement aux environs du vingt-quatrième ou vingt-cinquième jour. Dans le cas de suture interrompue, je ne me hâte point. Ce n'est qu'avec les plus grandes précautions, et autant qu'ils sont accessibles, que je retire les fils situés dans le segment inférieur du conduit vaginal ; quant à ceux de la plaie d'amputation et de l'avivement vaginal supérieur, je les laisse en place pendant des mois, jusqu'à ce que la cicatrice soit consolidée et ne courre plus risque de se déchirer lors du déplissement produit par l'introduction du spéculum.

***L'irrigation continue*** qui accompagne tous les temps de l'opération explique l'extrême rareté des accidents septiques et de la fièvre traumatique. Mais, même lorsqu'il survient des symptômes d'infection, je ne trouble pas le repos des malades ; car, en supposant qu'aucun agent septique n'ait été mis en contact avec la plaie, il n'y a aucune raison pour que de prime abord on renonce à une réunion. J'ai même, à différentes reprises, observé des cicatrisations par première intention dans des cas où la colporrhaphie avait été suivie d'une élévation thermométrique persistante. Il ne faut pas, dans ces circonstances, jeter le manche après la cognée et croire de but en blanc à l'insuccès de la tentative opératoire. A défaut de réunion immédiate, *J. Veit* (1) propose, comme moyen d'obtenir la guérison, l'affrontement des surfaces bourgeonnantes.

(1) *Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1881. — *Deutsch. med. Woch.* 1881, p. 280.



Je n'ai usé, jusqu'à présent, qu'une seule fois de ce procédé, et le résultat en fut défavorable.

Ce n'est ordinairement que deux mois après l'opération que les femmes recouvrent toute la liberté de leurs mouvements. Je leur recommande expressément de s'abstenir pendant longtemps encore de tout commerce sexuel et de tout travail pénible.

Je leur donne l'exeat généralement au bout d'un mois après l'opération, et leur ordonne de continuer elles-mêmes, naturellement avec toute la prudence voulue, les irrigations vaginales avec de l'eau additionnée d'acide pyroligneux rectifié ou d'un autre désinfectant ou astringent léger. Je n'ordonne qu'au bout du deuxième mois les bains de siège que les malades trouvent fort agréables.

Je donne au procédé opératoire ci-dessus ***la préférence sur tous les autres procédés connus jusqu'ici, tout d'abord parce qu'il s'adapte essentiellement aux conditions anatomiques des parties;*** en second lieu, ***parce qu'il ne présente pas plus de complication que les autres.*** Au contraire, il est plus simple, parce que l'étendue des surfaces d'avivement est, pour chaque temps de l'opération, bien moins considérable. Une main un peu moins exercée risquera donc d'autant moins de voir les lèvres de la plaie ne pas se réunir d'une façon satisfaisante. Pour la même raison, on sera moins exposé à d'abondantes pertes de sang ; enfin, ***la cicatrisation intra-vaginale se poursuit avec une grande régularité;*** et ceci est déjà quelque chose, alors même que la réunion du raphé périnéal échoue, ce qui arrive encore quelquefois, par exemple lorsque la malade impatiente prend trop tôt la position assise ou qu'elle est soumise à des manipulations maladroites de la part des infirmières.

J'ai communiqué les résultats obtenus avec mon procédé à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Berlin, le 11 décembre 1885 (*Deutsche med. Wochenschr, n° 2, 1886*). En complétant ces renseignements par ceux relatifs aux opérations exécutées depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, je compte 51 opérations antérieures à l'emploi de mon procédé, dont 42 d'après *Hegar*, 4 d'après *Winckel*, 5 d'après *Bischoff*. J'ai opéré 220 malades suivant ma méthode, en tenant compte surtout du procédé de colpor-

haphie postérieure proposé par moi. — C'est à peine si dans 4 °/₀ des cas l'utérus était assez indemne pour que je n'eusse pas à intervenir de son côté. J'ai eu à combattre l'endométrite, la métrite, des déviations de forme et de position, et, dans cette lutte, le cul-de-sac de Douglas fut ouvert 11 fois, sans accidents consécutifs. La guérison de la rétroflexion fut obtenue 17 fois après l'amputation cervicale et le redressement et avant la colpopérinéorrhaphie. Parmi les autres femmes (plus de 90 °/₀ des malades étaient atteintes de rétroflexion), le déplacement se reproduisit tôt ou tard; mais cette récidive n'exigea l'application d'un pessaire que chez 5 de ces patientes; chez les autres la rétrodéviation demeura silencieuse. Dans 3 cas, la matrice était si profondément située dans la poche vaginale prolabée, que seule l'extirpation totale de la portion vaginale rendit la contention possible après la colporrhaphie.

Dans la colporrhaphie antérieure, je considère la restauration de la tension normale comme plus importante pour le segment inférieur du vagin que pour la voûte. Aussi j'enlève toujours les gros bourrelets situés au-dessous de l'urètre, et j'ai soin de ne pas donner trop d'étendue à la surface d'avivement.

Les hémorrhagies secondaires ou consécutives sont rares, lorsque les lèvres de la plaie sont affrontées convenablement. Lorsqu'on se sert de fils de soie pour la suture, cet affrontement n'offre aucune difficulté; quant aux fils de catgut il faudra, dans la suture continue, veiller à ce qu'ils soient bien tendus. Mais là où, immédiatement au-dessous de la surface saignante, courent de gros vaisseaux variqueux, là surtout où l'aiguille a pu les blesser, il est prudent de poser dans la profondeur quelques fils de soie bien résistants et embrassant toute l'épaisseur des tissus.

Sur ces 271 cas, il se produisit 7 fois de la ***paramétrite,*** plus ou moins diffuse et accompagnée d'une élévation persistante de la température : dans l'un des cas, nous obtînmes un accroissement suffisant de la cloison recto-vaginale. Deux autres fois l'exsudat se résorba lentement. Une autre des femmes guérit par incision neuf semaines après l'opération. Si l'on tient compte du nombre relativement considérable de prolapsus compliqués de cicatrices anciennes, de paramétrite et de périmétrite chroniques et de déviations de toutes



sortes qui entrent dans cette statistique, un pareil résultat doit certainement être regardé comme très favorable, surtout lorsque l'on songe que ces accidents se sont produits chez des femmes dont les plaies étaient de grande étendue et qui présentaient des lésions intra-pelviennes antérieures et diversement fâcheuses.

Parmi ces 271 femmes, il y en eut 80 auxquelles leur âge et leur situation de famille permirent de redevenir ***enceintes.*** (L'âge moyen de ces malades était d'un peu plus de quarante ans.) Pour 15 d'entre elles je sus que la grossesse avait suivi l'opération, mais je n'eus pas occasion, ni aucun de mes aides de clinique, d'assister aux accouchements. Quant aux autres je les ai revues tôt ou tard après leur accouchement, ou bien j'ai appris par différentes voies leur position intéressante. Chez celles que j'ai observées personnellement in partu ou post partum, la cicatrice opératoire sortit victorieuse de l'épreuve; à quelques exceptions près, la parturition se fit sans accident.

Eu égard à la difficulté avec laquelle on obtient des renseignements sur les opérées, qui pour la plupart résident à de plus ou moins grandes distances du domicile du praticien — le plus souvent les femmes guéries ne donnent plus de leurs nouvelles — on conviendra avec moi que les renseignements que j'ai pu collationner indiquent des résultats très satisfaisants.

En tout cas je puis affirmer, d'après ces observations personnelles, que mon procédé, aussi bien que ceux des autres chirurgiens, n'oppose aucun obstacle à l'activité sexuelle de la femme ni à son aptitude à la conception; qu'il permet, par conséquent, d'arriver à une sorte de *restitutio ad integrum.*

Je me considérerais comme coupable d'omission si je ne relatais également ici les cas où le résultat favorable n'eut qu'une durée relative, où par conséquent il y eut ***récidive*** de l'affection ancienne. Le chiffre des récidives dont j'ai eu connaissance se monte à 11; et, parmi ces cas, il y en avait où l'on pouvait s'attendre d'avance à cet accident, soit en raison de l'emploi de catgut insuffisamment préparé, soit à cause de la production d'hémorrhagies ayant nécessité le tamponnement, soit enfin par le fait de la négligence, de la part des femmes elles-mêmes, dans les soins exigés par la convalescence. Les cas de ce genre se montent à 6. J'y joins encore

celui d'une malade chez laquelle j'avais obtenu avec la suture étagée au catgut un succès en apparence idéal ; la récidive eut lieu trois mois après l'opération. A cette époque encore, on pouvait constater que les plaies vaginale et périnéale s'étaient parfaitement cicatrisées. Il se produisit chez cette femme, du côté droit, une sorte d'œdème qui n'est peut-être qu'une conséquence passagère et non encore observée de la tension du plancher pelvien, mais qui, en tous cas, a eu pour résultat de rendre la récidive fort douloureuse et de faire apparaître à l'anneau vaginal, au moment d'un effort, la paroi latérale droite du vagin.

Trois fois il y eut, sous l'influence d'une involution sénile progressive de tout l'organisme, due à une nutrition incomplète et à un défaut de soins, une résorption rapide du tissu adipeux dans l'appareil génital. Cette résorption fut suivie d'un relâchement nouveau des parties constituantes du plancher pelvien, et de la reproduction de l'inversion vaginale, c'est-à-dire du prolapsus. Chez deux de mes clientes la plaie opératoire avait guéri d'une manière parfaite ; je n'ai pu assigner de cause appréciable à la récidive.

Dans la plupart des cas de récidive, je pus trouver les différents segments de la cicatrice fort bien conservés. J'ai vu trois faits très curieux où, la femme étant dans le décubitus dorsal, les organes génitaux externes étaient complètement fermés ; ce n'est qu'en poussant que les nouveaux bourrelets vaginaux apparaissaient au dehors. Chez quelques-unes de ces malades, j'ai renoncé de prime abord à une nouvelle intervention et je leur ai appliqué des tuteurs vaginaux. Chez d'autres, où je découvris de bonne heure la tendance à la reproduction du prolapsus, il a suffi d'instituer le traitement qu'on a l'habitude d'appliquer au début du prolapsus puerpéral : tampons de tannin et glycérine, injections astringentes, repos, bains de siège, abstention de tout effort physique, et surtout et avant tout défense d'exposer les parties à l'irritation sexuelle.

Deux seulement des femmes se sont soumises à une nouvelle opération. L'une d'elles fut complètement guérie cette fois et put reprendre sans inconvénient ses occupations de lessiveuse ; l'intervalle entre les deux opérations avait été de cinq ans. L'autre avait été opérée d'abord d'après le procédé de colporrhaphie postérieure



de *Hegar*, et ne fait par conséquent pas partie des 220 cas que j'ai cités. La seconde fois, j'intervins d'après mon procédé à moi, et le résultat fut en apparence parfait. La malade, assez intelligente, s'abstint durant trois mois de tout travail pénible ; ce n'est que lorsque les parties semblèrent bien consolidées et que je lui permis de vaquer aux soins du ménage, qu'elle reprit les dures occupations de la mère de famille. Six semaines après, elle vint se plaindre d'une sensation de descente ; au bout de six autres semaines, il existait un prolapsus complet des parois antérieure et postérieure du vagin. A ce moment je procédai à l'opération de *Neugebauer* et j'obtins à nouveau un résultat favorable en apparence. La malade paraissait complètement guérie. Mais quatre mois après, lorsque la malade vint à soulever pour la première fois un seau rempli d'eau, la cicatrice éclata en provoquant de vives douleurs. Et lorsque la femme se présenta à moi, je pus voir la plaie qui saignait encore. Naturellement la malheureuse ne voulut pas entendre parler d'une quatrième intervention ; elle se contente actuellement, pour la réduction, d'un pessaire à tige.

## III. — Déchirure du périnée. Périnéorrhaphie

Les déchirures du périnée surviennent, dans l'immense majorité des cas, pendant l'accouchement ; ce n'est que rarement qu'elles sont le résultat de lésions dues à une chute, à un coup, ou qu'elles se produisent pendant l'extirpation des tumeurs de l'appareil génital.

Pour la déchirure intra-partum, il faudra toujours essayer la réunion extemporanée. Mais cette réunion rencontre souvent des entraves qui sont sous la dépendance tantôt de l'état actuel de la parturiente, tantôt du mode de cicatrisation des tissus violemment divisés, tantôt enfin des conditions inhérentes à l'état puerpéral lui-même. De cette façon il arrive que l'on ne s'aperçoit de lésions de ce genre et qu'on n'y remédie que relativement tard et longtemps après qu'elles se sont cicatrisées. D'autres fois, l'allaitement étant regardé comme une contre-indication de l'opération, la restauration du périnée, du moins si la tentative qui a suivi immé-