

sous toute la surface de la plaie, autant que possible, et entre ces points profonds il place des points superficiels.

La suture continue, au catgut à étages, telle que j'é l'ai décrite, me paraît infiniment préférable¹.

Périnéauxésis.
Procédé
de A. Martin.

Colpo-périnéorrhaphie ou périnéauxésis (procédé de A. Martin). — Martin a eu surtout pour but, en instituant son procédé, de ménager

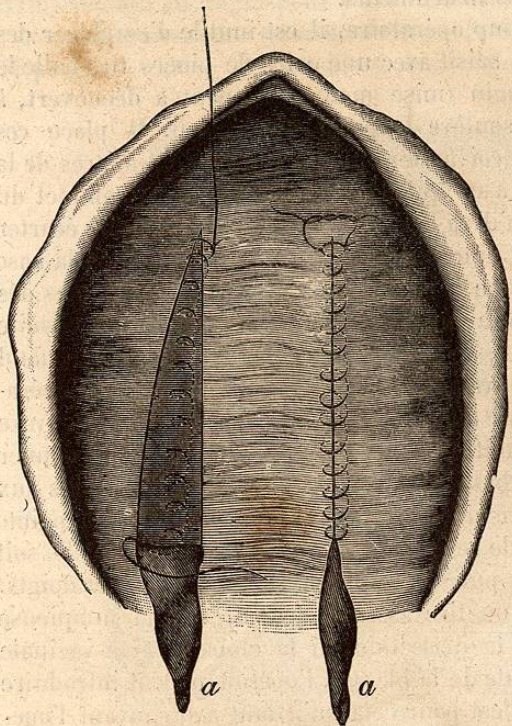


Fig. 283. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin. Suture continue, à étages superposés, de l'avivement bilatéral du vagin.

la colonne postérieure du vagin, qui forme la partie la plus résistante du vagin en arrière, et que Freund² a, le premier, conseillé de respecter dans toutes les opérations plastiques. En outre, la surface cruentée, tout en étant aussi étendue, n'est plus d'un seul tenant, mais fragmentée en trois parcelles juxtaposées, ce qui est une condition plus favorable, semble-t-il, pour une suture exacte et une bonne réunion.

Les mêmes précautions préliminaires étant prises que pour l'opération précédente, Martin saisit, à l'aide de deux pinces tire-balle, la paroi postérieure du vagin immédiatement au-dessous du cul-de-sac et la tend fortement; la colonne vaginale (*columna rugarum*) apparaît alors comme un repli saillant le long duquel on fait avec le bistouri une incision de chaque côté; puis, on dessine et on dissèque deux petits lambeaux latéraux, allant jusqu'à un travers de doigt de la fourchette; à la base de ces petits

¹ COHN (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, p. 518) a publié une statistique importante destinée à déterminer les résultats primitifs et consécutifs des opérations plastiques contre le prolapsus. Il a constaté que les meilleurs étaient fournis par la suture perdue à étages superposés.

² FREUND. *Gynäkologische Klinik*. Strasbourg 1885. — On y trouvera la description détaillée et l'exposé des motifs de sa méthode.

lambeaux, de même qu'au sommet, on place des pinces tire-balle pour aider à la tension du champ opératoire. Les deux petites plaies sont réunies avec une suture continue à plans superposés (fig. 283); les pinces sont retirées, et la première partie de l'opération, la double élytrorrhaphie latérale, est alors terminée. Reste la seconde partie ou périnéauxésis. Une incision transversale est faite un

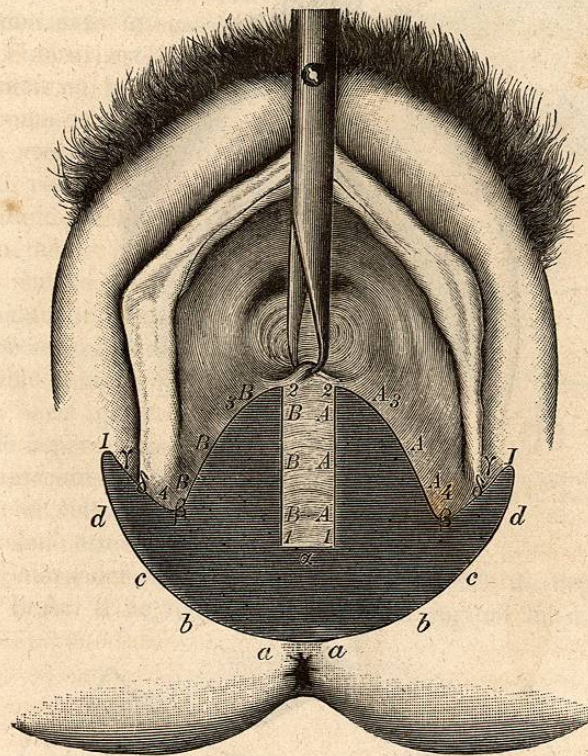


Fig. 284. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin. Surface d'avivement.

1, 2. — Incision longeant la colonne vaginale postérieure.

3, 4. — Incision sur la paroi latérale du vagin.

I, extrémité de l'avivement au niveau de l'orifice vulvaire. — A-A, B-B, a-a, b-b, c-c, d-d, e-e, f-f, g-g, indiquent les points qui doivent se superposer, après la suture.

peu au-dessus de la fourchette, tranche la colonne du vagin et s'élève de chaque côté jusqu'à la moitié de la hauteur de l'anneau vaginal. De l'extrémité de cette incision on en fait partir une autre concentrique, qui s'en écarte à angle aigu pour aller passer à la base des petites lèvres et rejoindre les incisions verticales de l'élytrorrhaphie. On obtient ainsi un lambeau transversal en forme de croissant à concavité supérieure, à l'état de repos (fig. 284), qui, lorsqu'on tire sur ses extrémités, prend l'aspect d'un losange. Ce lam-

beau est disséqué, si la plaie est réunie à l'aide de la suture continue à plans superposés au catgut (fig. 285).

Pour la dissection des lambeaux, Martin se sert d'un bistouri particulier en forme de truelle, et enroule les lambeaux de muqueuse sur une sorte de râteau. Un bon bistouri ordinaire fortement con-

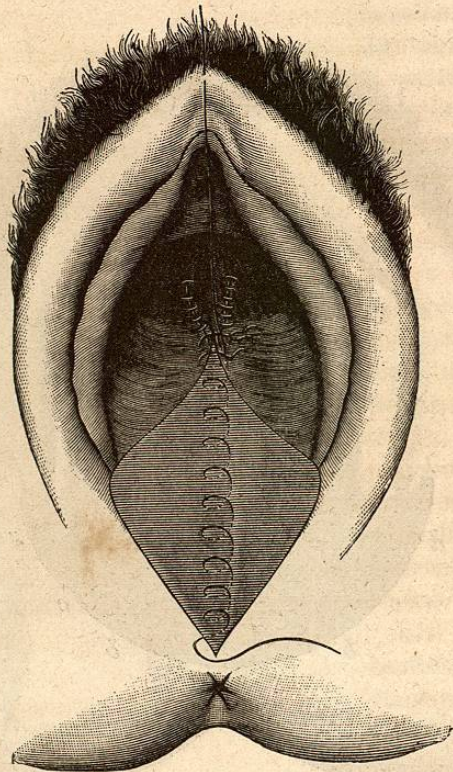


Fig. 285. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin. — Suture continue à étages superposés de l'avivement du périnée (étage profond).

vexe et de simples pinces longues me paraissent aussi commodes.

Bischoff¹ a recommandé un procédé qui, comme celui de Martin, respecte la colonne vaginale (fig. 286).

Winckel² avive le tiers inférieur du vagin dans une hauteur de 2 à 3 centimètres au-dessus des vestiges de l'hymen, jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'orifice de l'urèthre, réunit cet avivement et suture

¹ VOIR METZINGER. *Zur Kolpo-perineoplastik nach Bischoff* (Wien. med. Blätter, 1880, n° 27 et suiv.).

² WINCKEL. *Lehrb. der Frauenkr.*, 1886, p. 299.

Procédés de
Bischoff et
de Winckel.

au-dessus l'un à l'autre, comme une sorte de pont, deux petits lambeaux (fig. 287).

Colpo-périnéoplastie par glissement, procédé de Doléris¹. — Cette ingénieuse combinaison du procédé de dédoublement de Lawson Tait, du décollement de la muqueuse de Schröder et de la suture d'Emmet, trouvera son application dans les cas où le prolapsus de l'utérus est nul ou peu prononcé, mais où la vulve étant béante, il y a tendance marquée au prolapsus vaginal, avec ou sans rupture incomplète du périnée; c'est un excellent moyen de le renforcer, à peu de frais. On en augmente, à la fois, rapidement, et sans suture vaginale, l'épaisseur et la longueur. Mais le point faible du procédé, qui le rend d'une utilité contestable dans les prolapsus utérins accusés, c'est qu'il diminue la longueur de la paroi postérieure du vagin et s'oppose ainsi à une élévation de l'utérus, si celle-ci est nécessaire. Il ne peut donc être combiné avec l'opération d'Alexander, aussi bien que les procédés de Hegar ou de Martin. Enfin, il ne rétrécit pas le canal vaginal lui-même, mais

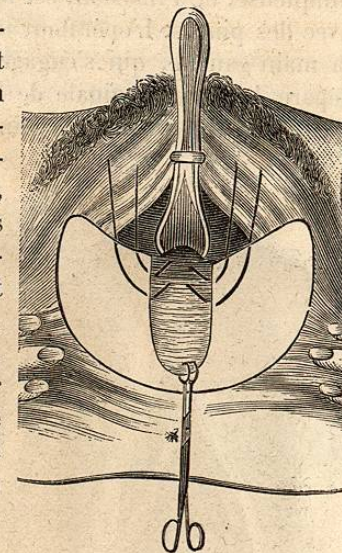


Fig. 286. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de Bischoff.

Colpo-périnéo-
plastie
par glissement.
Procédé de
Doléris.



Fig. 287. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de Winckel, tracé de l'avivement.

seulement l'orifice vulvaire; c'est, en réalité, une périnéoplastie pure et simple, car la portion de vagin enlevée ne saurait jamais être considérable.

¹ DOLÉRIS. *Communic. faite à la Soc. obstét. de Paris*, 11 avril 1889. (*Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 345).

Dolérís trace profondément, au bistouri, une incision courbe à la limite de la peau et de la muqueuse. Des pinces sont placées aux deux points extérieurs pour fixer les tissus. La lèvre supérieure, muqueuse, de l'incision, est légèrement disséquée, puis est enlevée avec des pinces. L'opérateur ne se sert plus alors que de l'index de la main gauche, qui s'engage lentement en fouillant les tissus et sépare la paroi vaginale de la paroi rectale. Cette séparation est portée jusqu'au point destiné à limiter la perte de substance que

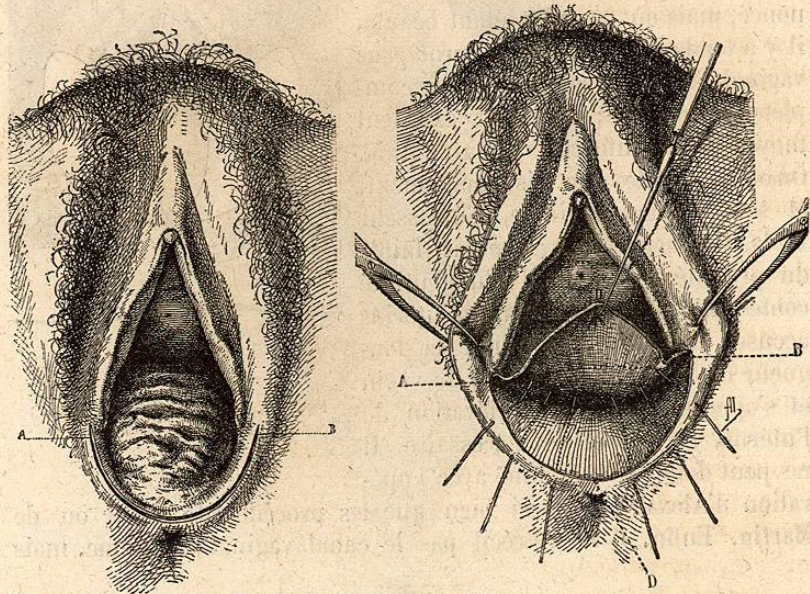


Fig. 288. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Dolérís.

Incision demi-circulaire contournant la commissure postérieure de la vulve, à l'union de la peau et de la muqueuse, de A en B.

Fig. 289. — Colpo-périnéoplastie par glissement.

Décollement au bistouri et au moyen des doigts d'un lambeau vaginal A, B, D. Placement des 5 fils destinés à ramener la face profonde du lambeau au contact de la lèvre cutanée de l'incision.

doit subir la paroi vaginale, qui doit être attirée hors de la vulve et réséquée, tandis qu'on affrontera un point propice de cette paroi avec l'incision première. L'affrontement s'opère avec trois gros crins de Florence et des aiguilles courbes. Le premier fil est le plus médian : l'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, y chemine profondément dans les tissus et vient accrocher le lambeau vaginal tout près du point extrême du décollement; elle pénètre ou non dans le vagin, et suit ensuite un chemin inverse qui la ramène sur le côté droit de l'anus (fig. 289). Ce premier fil est destiné à ramener la paroi vaginale vers la commissure vulvaire, en même

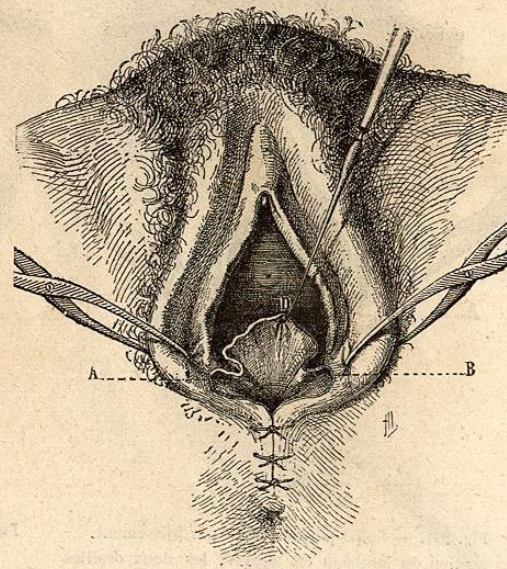
temps qu'il sert à affronter les bords opposés de la lèvre cutanée de l'incision. Le second et le troisième fil sont placés de même un peu plus en dehors du premier. On résèque alors l'excédent de la paroi vaginale qui déborde la fourchette reconstituée, et l'on réunit les deux lèvres, muqueuse et peau (fig. 290, 291, 292).

La colpo-périnéorrhaphie est l'opération fondamentale des prolapsus génitaux. Toutefois, elle a besoin d'être souvent complétée par des opérations auxiliaires, l'amputation du col, déjà décrite, et la colporrhaphie ou élytrorrhaphie antérieure. La première a pour objet de faciliter le retrait de l'utérus; la seconde, d'agir directement sur la proci-dence de la paroi antérieure ou cystocèle.

L'élytrorrhaphie antérieure était pratiquée par Sims, sous la forme d'un fer à cheval, à sommet aigu dirigé vers l'urèthre. Emmet donna à la plaie la forme d'une truelle de maçon. Hegar recommande de donner à l'avivement la forme d'une ellipse dont l'extrémité supérieure devra être aussi mousse que possible. En général il est inutile de s'attarder à tailler un lambeau d'une forme spéciale;

il faut franchement exciser toute la portion exubérante du vagin. Je trouve très commode de former, pour cela, un pli de la muqueuse à l'aide de deux ou trois pinces tire-balle dont la plus élevée sera à 2 centimètres du col environ et la plus basse à 3 centimètres de l'orifice de l'urèthre. Puis, on place une paire de pinces courbes fortes et longues, et au besoin deux pinces affrontées (fig. 293) sur ce pli. Si l'on opère une traction un peu forte sur ce dernier, on n'a pas à craindre d'ouvrir la vessie.

Hegar place des fils d'argent au-dessous des pinces (ou du clamp), avant d'exciser le pli vaginal. J'emploie la suture continue à étages superposés, ce qui me paraît préférable; j'excise donc d'emblée le pli muqueux, puis je fais les sutures, comme il a été indiqué (p. 51),



Élytrorrhaphie antérieure.

Fig. 290. — Colpo-périnéoplastie par glissement.

Les fils sont serrés; le lambeau A, B, D est soulevé, prêt à être réséqué suivant la ligne A B.

après avoir étalé le champ opératoire à l'aide de pinces convenablement placées (fig. 294).

Procédé de
Stoltz.

Stoltz, de Nancy, a inventé un ingénieux moyen de suture pour la colporrhaphie antérieure¹. Après l'avivement, à l'aide d'un fil armé d'une aiguille à chaque extrémité, il *faufle* les bords de la plaie à 1 centimètre environ de la tranche des tissus, de telle sorte que le fil passe autour de la plaie comme le cordon d'une blague à tabac

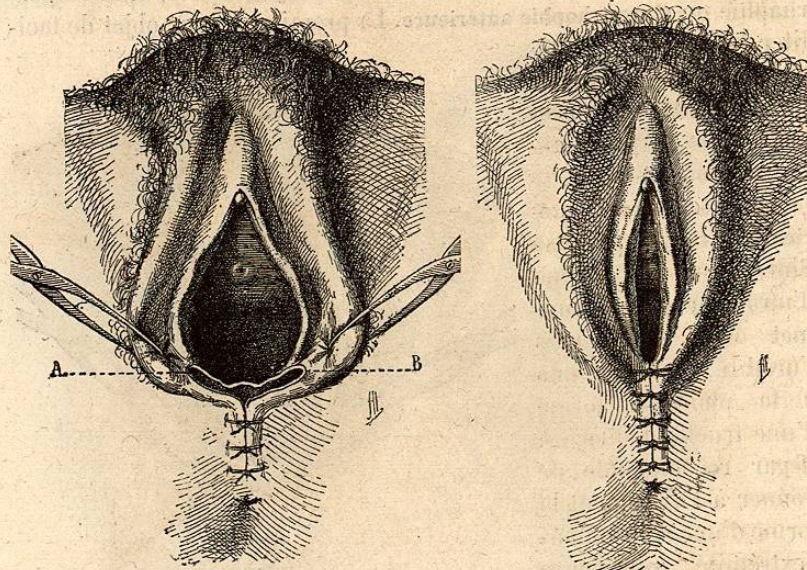


Fig. 291. — Colpo-périnéoplastie par glissement. La section du lambeau est opérée, les deux oreilles cruentées latérales sont vues avant la suture.

Fig. 292. — Colpo-périnéoplastie par glissement. Sutures terminées, toutes sont extérieures.

autour de l'ouverture de cette dernière; on n'a plus qu'à tirer sur les deux chefs, en déprimant le fond de la surface dénudée pour fermer celle-ci, en refoulant dans la vessie une sorte de proéminence en forme de bouton. Cette manière de faire était la plus expéditive, avant l'emploi de la suture continue à plans superposés qui doit maintenant la remplacer.

Stoltz avive directement par dissection, avec des ciseaux courbes, la paroi vaginale antérieure que déprime une sonde placée dans la vessie.

Cloisonnement du vagin (procédé de L. Le Fort). — Le Fort² fait remar-

Cloisonnement
du vagin;
procédé de
L. Le Fort.

¹ MUNDÉ (*Minor surg. gynecol.*, New-York, 1885, p. 522) en donne une figure.

² LÉON LE FORT, *Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin* (*Bull. de therap.*, 50 avril 1877). — *Manuel de méd. opér. de Malgaigne*, 9^e édit., 1889, t. II, p. 785, et *Communic. écrite*.

quer que la chute de l'utérus est presque toujours précédée de celle du vagin dont les parois sortent, pour ainsi dire, par déplissement. Si l'on pouvait maintenir en rapport ces parois opposées, tout prolapsus deviendrait impossible: de là, l'idée de les unir par la suture après avoir enlevé sur chacune d'elles une lanière verticale de la muqueuse (fig. 295 et 96)

Quelquefois l'utérus en prolapsus a acquis un volume tel qu'on le réduit difficilement d'emblée. Pour obtenir cette réduction peu à peu, on laisse la femme au lit pendant huit ou quinze jours. Après ce temps l'engorgement passif a cessé ou, du moins, diminué; l'utérus est moins volumineux: on le laisse ressortir de la vulve ou l'on en fait provoquer la sortie par quelques efforts.

Le lieu de l'avivement doit être le plus près possible de la vulve, puisque c'est à partir de la portion antérieure du vagin que les parois va-

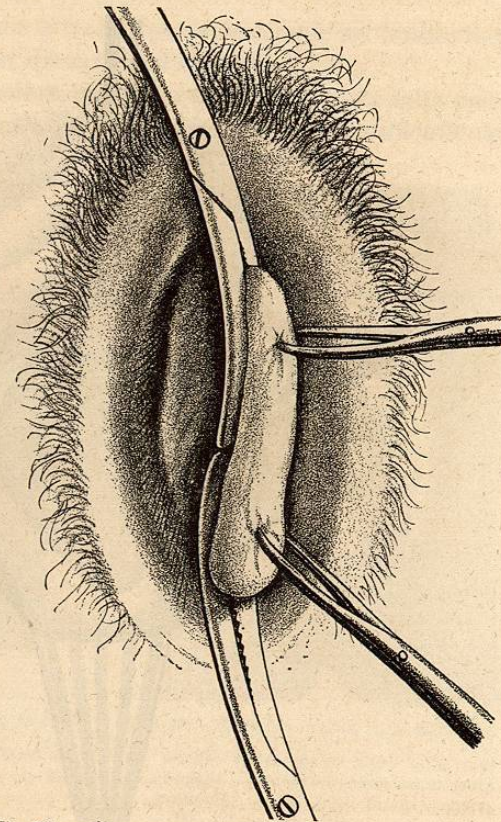


Fig. 295. — Élytrorrhaphie antérieure. Pinces placées sur un pli de la muqueuse vaginale.

ginales antérieure et postérieure tendent à s'écarter pour permettre le prolapsus. Si l'on opère trop près du col, on peut avoir de la peine à rapprocher les parties de l'avivement qui sont voisines de l'utérus, par suite du volume de cet organe. D'ordinaire, au moment d'opérer, le chirurgien réduit l'utérus, écarte la vulve, et fait avec le bistouri deux incisions transversales, l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin, au point le plus bas où ces deux parois s'accolent (l'utérus étant réduit); les deux incisions constituent la limite inférieure des deux avivements.

La longueur de l'avivement vertical est de 4 à 5 centimètres, les