

que le plus inférieur est disposé très obliquement de bas en haut et d'avant en arrière.

Le fil supérieur est le seul dont l'anse ne passe pas à travers la cloison, il est libre dans sa partie médiane.

Ces fils forment le premier plan de suture, et ils sont pris de la façon suivante : le fil est double et forme d'un côté une série d'anses dans lesquelles on passe un bout de sonde.

Du côté opposé (à gauche) les deux chefs du fil sont placés au bout d'une sonde analogue et fixés après avoir tiré avec force sur eux au moyen de boutons sur lesquels on écrase un tube de Gallé qui entoure les deux fils.

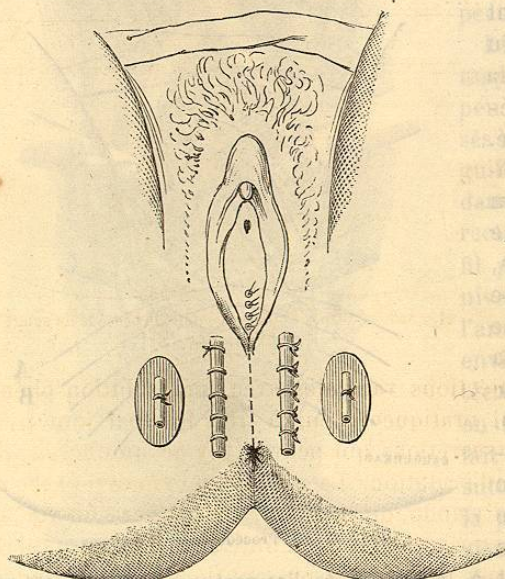


Fig. 354. — Déchirure du périnée. Procédé du Dr TERRILLON. Suture enchevillée en place.

Dans la crainte que les faces soient insuffisamment appliquées on passe un grand fil transversal à 3 ou 4 centimètres de la première suture et qui ressort du côté opposé à égale distance. Ce fil serre avec énergie ces surfaces cruentées, et les applique l'une contre l'autre par l'intermédiaire de plaques de plomb (fig. 354).

Alors on procède à l'application d'une autre série de sutures qui a une grande importance, car elles rapprochent des parties qui ne sont pas affrontées suffisamment par la première et aussi parce que, en rapprochant ces parties, elles empêchent les mucosités vaginales d'atteindre les parties profondes que l'on cherche à réunir.

Six fils simples en suture entrecoupée sont placés dans le vagin pour réunir les bords de la muqueuse. Cette suture est faite avec grand soin et assez facilement, grâce à l'emploi d'un spéculum de Sims placé en avant contre la paroi antérieure du vagin qu'il repousse.

M. Terrillon place une sonde en gomme rouge dans l'urèthre de façon à ce que la malade ne soit pas sondée. Les jambes attachées de façon à ne pouvoir être écartées sont soutenues par un coussin placé sous les genoux.

La constipation est obtenue par des pilules d'opium.

4^e Procédé. — Procédé du Dr Bantock. — Dans ce procédé l'avivement ne diffère pas sensiblement de celui que nous venons de décrire.

L'auteur refait la cloison recto-vaginale au moyen de trois ou quatre sutures placées comme l'indiquent les chiffres 6, 7, 8 (fig. 355). Le périnée est ensuite reposé en plaçant des fils transversalement comme on le voit par les chiffres 1, 2, 3, 4, 5. Ces fils sont placés dans l'épaisseur de la cloison sauf pour les deux fils antérieurs dont une partie AB, CD, est libre dans le vagin.

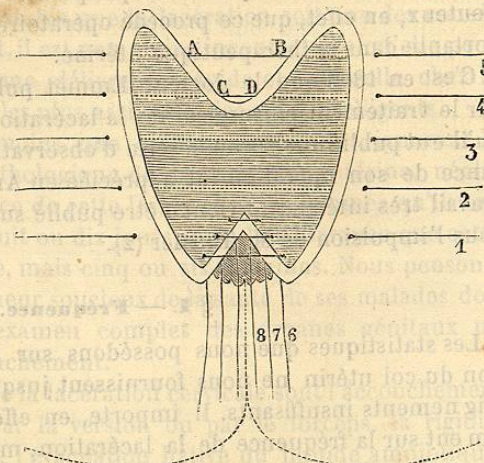


Fig. 355. — Disposition des fils dans le procédé de suture du Dr BANTOCK (*).

Quelque soit le procédé employé, la malade doit être sondée trois à quatre fois par jour, et la constipation doit être obtenue, en administrant toutes les deux heures une pilule d'opium de

un centigramme. Des injections vaginales avec une solution phéniquée au centième seront pratiquées deux à trois fois par jour pour débarrasser le vagin des sécrétions qui peuvent s'y accumuler et prévenir ainsi toute cause d'irritation. La malade sera nourrie avec un peu de viande, du jus de viande, du bouillon, on donnera du vin, du thé, du café. Le lait sera pris en petite quantité à cause des matières dures qu'il peut déterminer et qui, en passant lors de la première garde-robe, pourraient déterminer la rupture de la cicatrice.

Les fils peuvent être enlevés le 4^e ou le 5^e jour, mais auparavant il est bon d'administrer un léger laxatif et de délayer les matières contenues dans l'intestin au moyen d'un lavement huileux.

CHAPITRE VII

LACÉRATION DU COL UTÉRIN.

On désigne sous ce nom les déchirures plus ou moins étendues qui peuvent se produire dans le parenchyme du col utérin pendant l'accouchement sous l'influence de la tension excessive de l'organe.

Signalées depuis longtemps par les accoucheurs et notamment par

(*) 1. 2. 3. 4. 5. Fils placés transversalement ; 6. 7. 8. Fils pour la réunion de la cloison recto-vaginale ; A. B. C. D. Parties libres des fils dans le vagin.

sir James Simpson (1), ces lésions n'ont attiré l'attention des gynécologues que depuis les travaux de T. Emmet. Nous devons non seulement à cet habile chirurgien d'avoir insisté sur les conséquences graves de la lacération utérine, mais nous lui sommes encore redevables d'un procédé opératoire qui permet d'y remédier. Il n'est pas douteux, en effet, que ce procédé opératoire ne prenne une place importante dans la thérapeutique utérine.

C'est en 1869 que le docteur Emmet publia son premier mémoire sur le traitement chirurgical de la lacération, mais ce n'est que lorsqu'il eut publié une seconde série d'observations, en 1874, que l'importance de son opération fut appréciée en Amérique et en Europe. Un travail très intéressant vient d'être publié sur cette question par Fage, sous l'impulsion de M. Tarnier (2).

§ I. — Fréquence.

Les statistiques que nous possédons sur la fréquence de la lacération du col utérin ne nous fournissent jusqu'à présent que des renseignements insuffisants. Il importe, en effet, d'être éclairé non seulement sur la fréquence de la lacération, mais encore et surtout sur le nombre des cas où cette lacération donne lieu à des symptômes ayant une importance réelle.

Simpson (3) pense qu'il existe toujours un certain degré de lacération chez la femme après la délivrance, qu'elle ait été ou non assistée pendant ses couches. D'après Emmet, la moitié environ des affections utérines survenant chez des multipares sont dues à la lacération. Goodell admet également l'importance de cette lésion et dit « que sur six femmes souffrant d'une affection utérine, il y en a au moins une atteinte d'une lacération non cicatrisée du col de l'utérus (4). »

Gaillard Thomas émet à ce sujet les propositions suivantes (5) :

1° Il existe toujours un certain degré de lacération à l'extrémité inférieure du col à la suite du premier accouchement.

2° Un grand nombre de ces lacérations guérissent spontanément ou existent sans donner lieu à des symptômes graves.

3° Dans un très grand nombre de cas, ces lacérations deviennent un facteur important dans l'étiologie des affections utérines.

§ II. — Étiologie.

Lorsque les malades sont informées de la nature de leur affection

(1) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*. Trad. par Chantreuil. Paris, 1874.

(2) Marc Fage, *Étude sur l'opération d'Emmet*. Thèse de Paris, 1881.

(3) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*.

(4) Emmet, *Lessons on gynecology*, p. 169.

(5) Thomas, *Lacération du col utérin*, traduit par le Dr Lutaud (*Annales de Gynec.*, mai 1881).

et de l'accouchement comme étant sa cause probable, elles ne manquent jamais d'accuser d'impéritie ou d'imprudence la personne qui a été appelée à les soigner pendant leurs couches. Il est du devoir des gynécologues de les détromper à cet égard, non seulement au nom de la courtoisie confraternelle, mais aussi au nom de la vérité.

S'il est, en effet, incontestable que la lacération soit une des conséquences de l'accouchement, il est non moins incontestable qu'elle peut être observée à la suite d'une délivrance rapide et naturelle chez la femme entourée des soins les plus assidus et les plus intelligents.

Nous devons dire néanmoins que quelques médecins, ignorant la nature et l'importance pathologique de la lacération utérine, négligent de constater l'existence de cette lésion chez les femmes qu'ils ont accouchées. Ce n'est pas huit ou dix jours après la délivrance que cette constatation doit être faite, mais cinq ou six semaines. Nous pensons, du reste, que tout accoucheur soucieux de la santé de ses malades doit toujours procéder à un examen complet des organes génitaux un mois environ après l'accouchement.

Les principales causes de la lacération cervicale sont l'accouchement précipité, la délivrance par la version ou par le forceps, la rigidité du col pendant le travail, l'évacuation hâtive du liquide amniotique, l'avortement accidentel ou provoqué. La présence de tumeurs dans la cavité cervicale peut également favoriser la production de la lacération.

Toutes ces causes peuvent agir dans la production de la lésion qui nous occupe, mais les trois premières sont de beaucoup les plus fréquentes.

§ III. — Symptomatologie.

Les malades atteintes de lacérations cervicales éprouvent un grand nombre de symptômes communs aux autres affections utérines. C'est

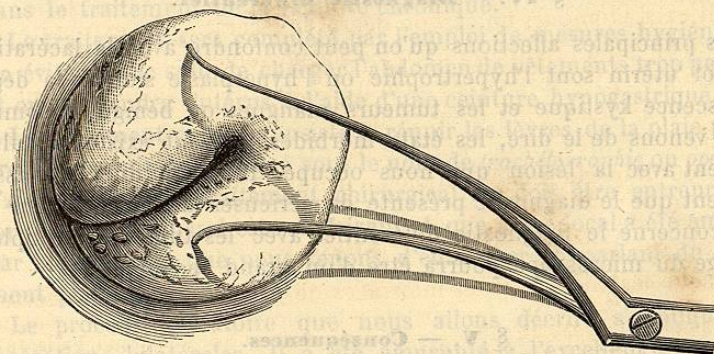


Fig. 356 — Double tenaculum séparant les lèvres d'une lacération unilatérale (D'après EMMET).

ainsi qu'elles se plaignent de douleurs lombaires, d'une sensation de

pesanteur dans l'hypogastre et de tiraillements dans l'aîne. Il existe toujours de la leucorrhée et des troubles menstruels plus ou moins prononcés ; les règles sont parfois augmentées, parfois diminuées. Il y a souvent du vaginisme et le coït est parfois suivi d'un léger écoulement sanguin. Le ventre est lourd et les malades ne peuvent marcher longtemps sans éprouver une vive lassitude et une exagération des symptômes que nous venons de décrire.

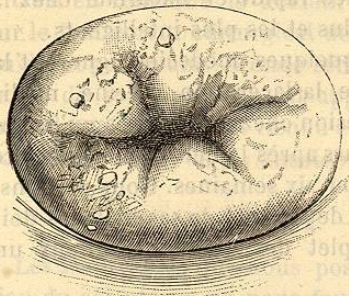


Fig. 337. — Lacération multiple ou constellée du col (D'après Emmet).

L'examen de cette lésion doit toujours être pratiqué avec le spéculum de Sims, les spéculums cylindriques ou bivalves ne produisant qu'une dilatation incomplète du vagin, ne permettent pas de constater convenablement l'existence de la lacération.

Le col ainsi exposé à la vue présentera l'aspect indiqué par les figures 336 et 337. La première représente un cas de lacération unilatérale ; la seconde, un cas de lacération multiple ou étoilée.

Un grand nombre de lacérations unilatérales, bilatérales ou multiples se trouvent obscurcies ou compliquées par la présence de divers états morbides. Parmi ceux-ci nous citerons l'hyperplasie simple du col utérin, l'endométrite et la dégénérescence kystique qui l'accompagne souvent, les néoplasmes de diverse nature. Il faut dans ces cas apporter la plus grande attention dans l'examen local.

§ IV. — Diagnostic différentiel.

Les principales affections qu'on peut confondre avec la lacération du col utérin sont l'hypertrophie ou l'hyperplasie simple, la dégénérescence kystique et les tumeurs, malignes ou bénignes. Comme nous venons de le dire, les états morbides, peuvent exister simultanément avec la lésion qui nous occupe. Il arrive du reste assez souvent que le diagnostic présente de sérieuses difficultés. Pour ce qui concerne le diagnostic différentiel avec les tumeurs multiples, l'usage du microscope pourra être d'un grand secours.

§ V. — Conséquences.

Il suffit d'énumérer les conséquences fâcheuses qui peuvent résulter de la lacération cervicale pour montrer toute l'importance de cette affection. D'après Gaillard Thomas, cette lésion peut être la

cause directe ou indirecte d'un grand nombre d'états morbides. Parmi les plus importants nous citerons le phlegmon péri-utérin, la subinvolution partielle ou totale de l'utérus, des troubles menstruels, l'endométrite cervicale, les fongosités de la cavité du col, la dyspareunie et enfin les déplacements utérins. Cette dernière complication est une des plus fréquentes et des plus importantes.

Emmet, G. Thomas et la plupart des gynécologues américains font figurer la lacération utérine parmi les causes excitantes de l'épithélioma. Sans admettre cette manière de voir d'une façon absolue, il est permis de supposer que la lacération cervicale puisse favoriser le développement de la diathèse cancéreuse chez les personnes prédisposées.

§ VI. — Marche. Terminaison.

La guérison de la lacération peu étendue du col de l'utérus peut avoir lieu spontanément avec le temps ou peut n'être pas absolument incompatible avec la santé.

La guérison peut être obtenue dans quelques cas bénins par l'emploi d'injections astringentes ou altérantes sans recourir à l'opération d'Emmet. Mais, en général, on peut dire que la lacération cervicale a peu de tendances à guérir spontanément, surtout lorsqu'elle est assez étendue.

§ VII. — Traitement.

Il est palliatif ou curatif. Le traitement palliatif consiste dans l'emploi d'une médication émolliente, astringente ou altérante. C'est ainsi qu'on pratiquera des injections vaginales chaudes abondantes et fréquemment répétées. Pour la médication altérante, les agents les plus appropriés sont l'iode, le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, le glycérolé au tannin et la plupart des autres substances employées dans le traitement de la vaginite chronique.

Le traitement sera complété par l'emploi de mesures hygiéniques. On évitera avec soin de charger l'abdomen de vêtements trop pesants, et on soutiendra l'utérus à l'aide d'une ceinture hypogastrique.

Le traitement curatif consiste à réunir les lèvres de la plaie par un procédé opératoire désigné sous le nom de *trachelorrhaphie* ou *opération d'Emmet*. Mais le traitement chirurgical ne doit être entrepris que lorsque l'état général est satisfaisant et que l'état local a été amélioré par les mesures que nous venons d'énumérer en parlant du traitement palliatif.

Le procédé opératoire que nous allons décrire s'applique aux lacérations bilatérales. Il a été emprunté à l'excellent ouvrage de M. Gaillard Thomas (1).

(1) *Practical treatise of the disease of women*, 5^e édit., 1880, p. 359. La quatrième édition a été traduite en français par le docteur Lutaud. Paris, 1879.

Après avoir été anesthésiée, la malade est placée sur une table dans la position latérale, de façon à recevoir convenablement la lumière. Le spéculum de Sims est introduit, et les deux lèvres lacérées du col sont saisies avec des ténaculums et mises en contact. Si le rapprochement des lèvres a lieu facilement, l'opérateur détermine exactement les points où l'avivement doit être pratiqué. Dans les cas où le rapprochement des parties lacérées est impossible, il faudra recourir à un autre mode de traitement que nous décrivons un peu plus loin.

Lorsque l'opérateur a reconnu exactement les surfaces qui doivent être mises à nu, il saisit avec le ténaculum l'extrémité inférieure d'une des lèvres de la lacération et enlève avec des ciseaux la muqueuse et une partie du parenchyme jusqu'au point de jonction des deux lèvres. La même opération est pratiquée sur la lèvre opposée.

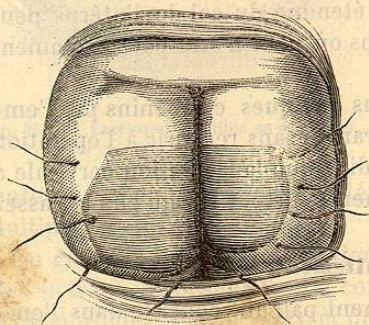


Fig. 358. — Etendue dans laquelle on a fait l'avivement et comment les fils ont été placés pour faire des sutures profondes.

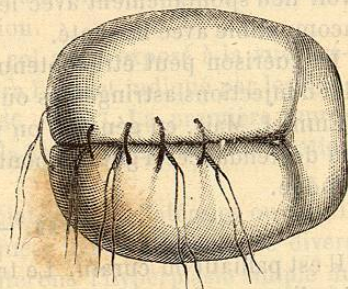


Fig. 359. — Résultat obtenu par l'affrontement, immédiatement après l'opération. On voit la trace de la déchirure, les fils qui maintiennent l'affrontement de l'orifice externe du canal cervical.

On obtient ainsi deux surfaces avivées séparées par une bandelette de tissu non dénudées représentant le trajet normal du canal cervical, ainsi que cela est représenté par la figure 358.

On étanche ensuite le sang avec des tampons d'ouate qu'on peut maintenir en place pendant 5 ou 10 minutes, si cela est nécessaire. L'opérateur saisit ensuite chacune des lèvres avec des ténaculums et les rapproche de façon à permettre le passage des fils ; il passe ensuite au second temps de l'opération.

Fixant son ténaculum près de l'angle supérieur de la lacération, le chirurgien introduit, à l'aide du porte-aiguille, une aiguille à environ cinq millimètres de la substance avivée et la fait pénétrer dans la lèvre opposée. L'aiguille est chargée d'un fil d'argent dont les extrémités sont tenues par l'aide chargé de maintenir le spéculum. On passe ensuite de la même façon les autres sutures en les espaçant d'environ cinq millimètres, jusqu'à ce qu'on ait réuni complète-

ment les deux lèvres lacérées. Le côté opposé est ensuite traité de la même manière dans une lacération bilatérale.

On procède alors à la torsion des fils en commençant par les sutures supérieures. La figure 359 représente le col après le dernier temps de l'opération.

Dans les cas de lacération multiple ou étoilée, comme dans la figure 357, il serait trop long et trop compliqué de réunir séparément chaque fissure. Il faut dans ces cas aviver les tissus et couper une portion du parenchyme assez étendue pour ramener la lacération au type bilatéral. On procède ensuite à la réunion par suture de la même manière.

Il faut encore mentionner une autre variété de cas. Il arrive parfois que l'hyperplasie des parois cervicales s'oppose au rapprochement des lèvres de la lacération. On pratiquera dans ces cas l'ampputation des tissus hyperplasiques situés au-dessus de la ligne ponctuée, de façon à permettre le rapprochement et l'affrontement des deux lèvres.

Après l'opération la malade doit être soumise à une diète légère et condamnée au repos. On provoquera chaque jour une garde-robe ; des injections vaginales phéniquées tièdes seront pratiquées deux fois par jour pour nettoyer le vagin. Les sutures seront enlevées le huitième ou le neuvième jour en commençant par les plus élevées. Si la réunion ne semble pas suffisamment consolidée, on pourra laisser les sutures inférieures en place pendant une quinzaine de jours.

Quoiqu'on ait cité quelques cas dans lesquels la trachélorraphie ait été compliquée de cellulite ou de métrô-péritonite, on peut dire que, eu égard aux services que rend cette opération, elle est relativement bénigne.

Pendant les deux ou trois mois qui suivent l'opération il sera bon de soutenir l'utérus à l'aide d'un pessaire approprié.