

par une incision transversale, menée dans la région de la cicatrice, créant de la sorte un avivement entre ces deux organes. Aux deux extrémités de l'incision transversale, ils en menaient deux autres perpendiculaires, se dirigeant en haut vers les lèvres, en bas vers l'anus, de façon à donner au dédoublement l'aspect de deux lambeaux quadrangulaires (fig. 12). Les sutures profondes et superficielles, réunissant les parois latérales de l'excavation ainsi créée, sont placées transversalement (fig. 13).

*Fritsch* fend transversalement, de la même façon, sans faire les incisions complémentaires verticales ; mais, plaçant des érignes sur les lèvres vaginale et anale de la section transversale, il la transforme en fente longitudinale ; de telle sorte qu'une fois les sutures profondes et superficielles placées transversalement, on obtient, sans avoir sacrifié de tissus, un périnée très haut.

Toutes ces opérations sont exécutées dans la position de la taille périnéale (dorso-sacrée). Une fois l'incision initiale faite avec le bistouri, la dissection est poursuivie, de bas en haut, avec les ciseaux, dont l'emploi diminue le suintement sanguin opératoire. Les lambeaux doivent être intacts et non troués, de telle sorte qu'il ne reste, sur la surface cruentée, aucun îlot épithélial. Les sutures sont placées transversalement : les aiguilles doivent embrasser une notable épaisseur de tissus, et cheminer sous toute l'étendue de la surface cruentée, de façon qu'il ne reste aucun espace mort. Les points de suture doivent être espacés l'un de l'autre d'environ un demi-centimètre. Il est bon d'opérer avec anesthésie complète.

### 3. De l'Episiotomie.

Pour parer à la production d'une profonde déchirure périnéale, ou pour faciliter la sortie de la tête d'un enfant dont la vie est menacée, on peut être amené à faire une incision plus ou moins profonde, partant du vestibule du vagin, et se dirigeant entre l'anus et la tubérosité ischiatique. Cette incision peut même aller, en profondeur, jusqu'à la section du muscle releveur de l'anus. Dans ce cas, il faudra avoir soin, par des points de catgut profonds, de réunir ce muscle, comme aussi le bulbo-caverneux. Par suite de la rétraction des releveurs, le champ de l'incision devient plus profond et la plaie affecte une forme rhomboïdale.

Fig. 14. — Périnéoplastie par dédoublement, d'après Fritsch. Séparation recto-vaginale après incision transversale.

Fig. 15. — Périnéoplastie par décollement, d'après Fritsch. Placement des sutures transversales, après que, par traction au moyen de tire-balles, la fente transversale a été transformée en fente verticale. Les sutures profondes sont visibles.

#### 4. Extirpation de la région vulvaire ou de l'hymen.

Cette question se pose dans les cas de néoplasies malignes, de kraurosis, de prurit rebelle, avec ou sans folliculite hypertrophiante des lèvres, enfin de vaginisme. En cas de néoplasme, l'incision doit se tenir à au moins 1 cm. 1/2 des limites apparentes du mal. L'étendue de l'exérèse est subordonnée à la configuration de la néoplasie, ou encore à celle des organes atteints. Quand on extirpe des hymens hyperesthésiques, on doit veiller à ce que les limites de la plaie restent loin de l'urèthre; on veillera aussi à ne pas rétrécir le calibre urétral au moment où on serre les fils.

Les sutures seront faites au catgut, à l'aide d'aiguilles fines; on devra particulièrement veiller aux sutures dans la région clitoridienne et urétrale (hémostase soignée); on saupoudrera la plaie avec une poudre antiseptique siccativ. Ces opérations exigent une anesthésie complète.

La dilatation de l'urèthre sera traitée dans le chapitre consacré à l'étude de l'extraction des corps étrangers par la colpocystotomie.

#### 5. Opérations contre l'incontinence d'urine.

L'opération de *Gersuny* consiste dans une torsion de l'urèthre, préalablement disséqué, de 180 à 360°; le canal, ainsi tordu, est fixé dans cette situation par des sutures. Dans deux cas, l'auteur a obtenu de bons résultats par l'opération de *Ziegenspeck*: rétrécissement du muscle sphincter interne de l'urèthre (opération combinée une fois avec une colporrhaphie antérieure). Après libération de la paroi postérieure de l'urèthre, et dissection minutieuse des fibres musculaires, on constitue à l'aide de ces fibres une valve dans un plan sagittal, et quelques points de sutures fixent les fibres dans cette situation. Une fois cette valve constituée, on rétrécit la muqueuse de « l'introitus vaginal », ce

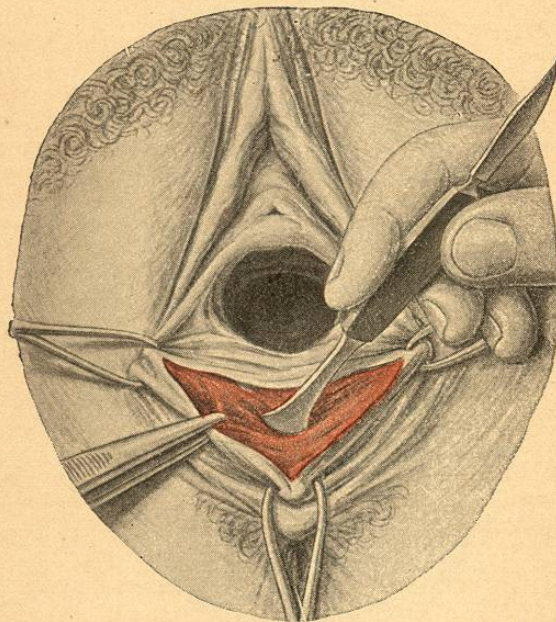


Fig. 14. — Périnéoplastie par dédoublement, d'après Fritsch.

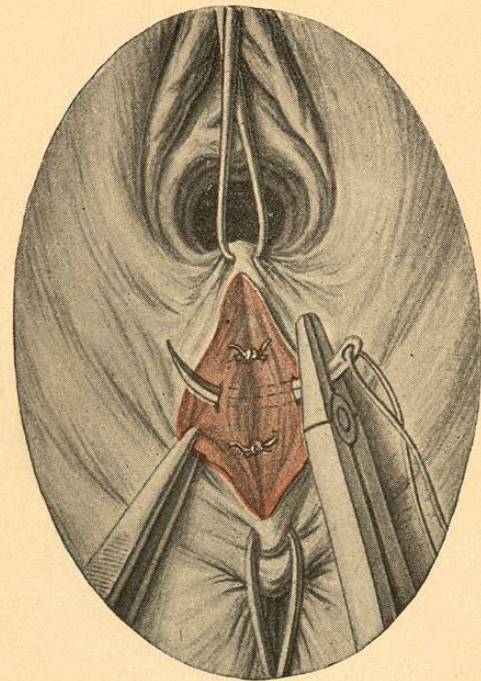


Fig. 15. — Périnéoplastie par décollement, d'après Fritsch.

qui fait qu'on aura plus tard à ce niveau une ligne cicatricielle solide. Un crin de Florence, qui réunit les lèvres de la muqueuse vaginale, traverse la valvule sphinctérienne artificielle. Une sonde urétrale à demeure pendant l'opération, indique le degré de sténose obtenu.

Note additionnelle

[Il semble bien évident que si l'incontinence est liée au relâchement des tissus, comme par exemple dans les cas de déchirures périnéales, avec ou sans cystocèle, une colporrhaphie antérieure, portant sur la muqueuse vaginale sous-urétrale aura toutes chances de remédier à l'infirmité. Si, au contraire, le canal est, pour une raison quelconque, modifié dans son calibre, sa forme, sa direction, les opérations directes et en particulier celle de Gersuny sont tout à fait indiquées].

#### 6. Résection de l'urètre.

La résection de l'urètre est indiquée dans les cas de prolapsus de la muqueuse urétrale, de polypes urétraux ou de tumeurs.

Pour l'exécuter, on circonscrit avec le bistouri la demi-circonférence inférieure du méat [Les polypes urétraux sont effectivement implantés le plus souvent sur la paroi postérieure du canal]. On sectionne ensuite, de chaque côté, la muqueuse, d'avant en arrière, et on prolonge cette excision en arrière, de façon à ce que la plaie prenne un aspect triangulaire. Les lèvres de la plaie sont réunies par des sutures fines. On fixe pendant l'opération, par deux érignes, l'embouchure de l'urètre.

[Parfois les végétations ou les polypes remontent très haut dans le canal, jusqu'à l'orifice vésical. Ils ne sauraient alors être enlevés que par l'uréthrotomie externe pratiquée sur la paroi inférieure de l'urètre, ou sur sa paroi supérieure (Legueu), après libération et abaissement du conduit].

---