

Fig. 23. — Opération de la fistule vésico-vaginale par dédoublement.



on arrive au but en *divisant le septum périnéal sur toute sa hauteur*, c'est-à-dire en transformant la plaie en une déchirure périnéale complète, qui sera traitée comme il a été dit plus haut ; au moment où l'on suturera le point où se trouvait la fistule, il faudra veiller à ce qu'il ait été très exactement avivé. On devra reconstituer, par un décollement latéral approprié, un périnée très épais.

Si la fistule est haut située, tout près de la voûte vaginale, on l'avivera et les bords en seront décollés de façon à séparer l'un de l'autre le rectum et le vagin suivant une surface ovalaire. Il faudra établir deux plans de sutures, l'un sur le rectum, l'autre sur le vagin. La première rangée de sutures, faite sur le rectum avec du catgut, sera nouée dans la lumière du rectum. L'aiguille est donc enfoncée dans la muqueuse rectale (planche XIII), tout près du bord de la plaie, ressort dans l'avivement vaginal, puis pénètre de nouveau dans la paroi rectale de dehors en dedans. Tous les fils étant posés, les nœuds sont serrés du côté vaginal, puis renfoncés dans la lumière rectale (pl. XIV). Un second étage de sutures à points séparés réunit les lèvres de la plaie vaginale. Le traitement consécutif est le même que celui des périnéoplasties.

Note additionnelle.

[Il est effectivement capital d'établir, au point de vue de l'intervention, une distinction très nette entre les fistules recto-vaginales haut situées et les fistules plus voisines de la vulve. Pour ce qui est des fistules recto-vulvaires, leur cure ne prête guère à discussion ; la périnéorrhaphie très simple qu'elles réclament, donne, on peut le dire, des succès constants. S'il s'agit au contraire de fistules haut situées, rien de plus légitime que de chercher, comme le conseille Schœffer, à remplacer la section de la cloison par une intervention limitée à l'orifice fistuleux. Mais alors il est, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, absolument indispensable, pour éviter l'infection et la désunion, de placer les fils rectaux de telle sorte qu'ils ne traversent pas la muqueuse rectale et ne passent pas dans la cavité du rectum. Les fils seront noués du côté du vagin et enfouis sous un second étage de sutures réunissant la muqueuse vaginale avivée.

Il est enfin une troisième catégorie de cas, intermédiaire,

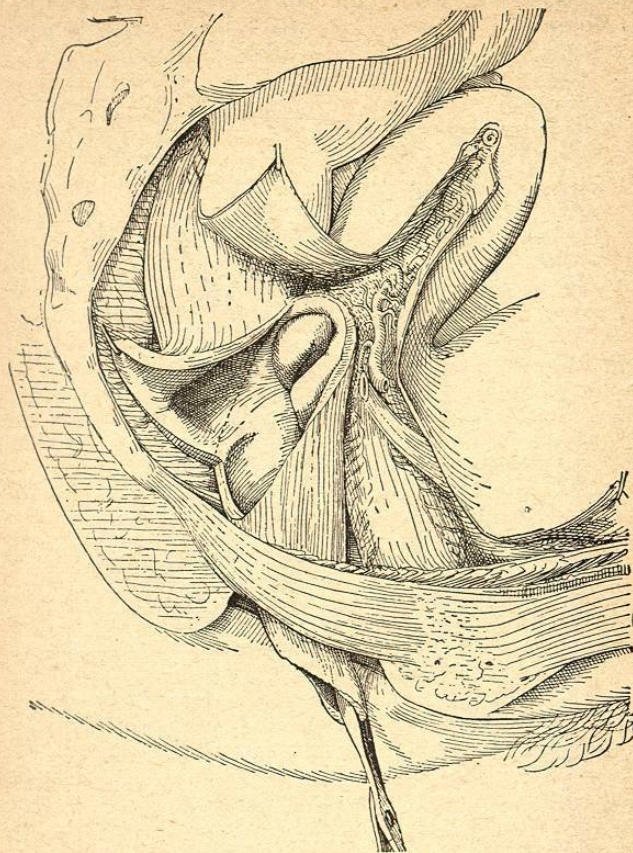


Fig. 24. — Coupe antéro-postérieure montrant l'obliquité du plan suivant lequel a été réséqué le rectum. Un crochet soulève le segment rectal en arrière, pour montrer, en avant, la communication recto-vaginale, celle-ci laisse voir le col utérin, car il s'agit ici d'une large fistule très haut située. Au-dessus, un crochet soulève le péritoine épais qui double le cul de sac de Douglas, péritoine qui a été décollé pour abaisser le rectum. En bas, une pince saisit la portion de rectum destinée à la résection. Cette portion de rectum est mobilisée sur toutes ses faces et passe au centre de l'anneau musculaire sphinctérien.



dans lesquels la fistule, tout en n'étant pas vulvaire, est néanmoins voisine du périnée. Si celui-ci est intact on peut,

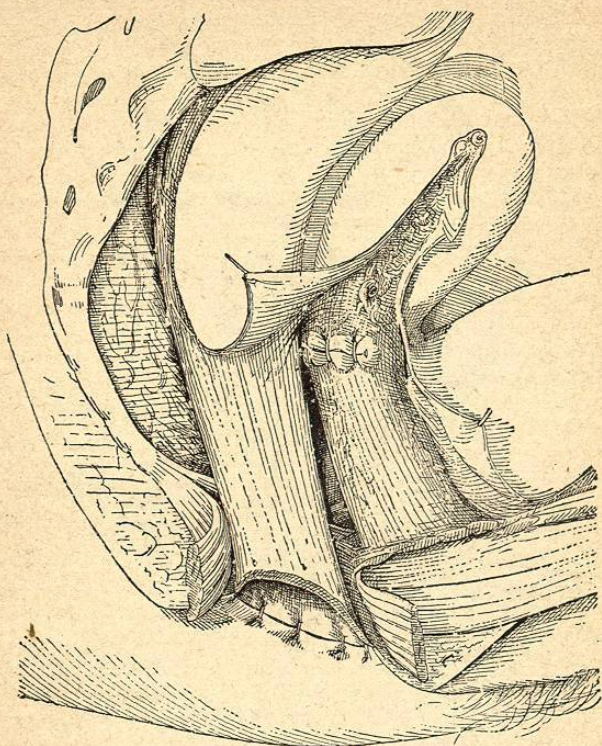


Fig. 25. — Donne l'aspect des parties une fois l'opération terminée. En bas, la moitié droite du sphincter est sectionnée et relevée pour découvrir la suture anale du segment rectal abaissé. En haut, au-dessous du péritoine du Douglas relevé par un crochet et sur le cylindre vaginal, l'orifice de la fistule, fermé à l'aide de trois fils placés par le vagin.

évidemment, employer le procédé décrit ci-dessus pour les fistules haut placées. Mais la règle à peu près générale, c'est que les femmes atteintes de fistules recto-vaginales

ont en même temps un mauvais périnée. Dès lors, pourquoi s'efforcer d'éviter la section de ce point défectueux et la transformation de la fistule en une déchirure périnéale complète qui sera réparée par le procédé de Lawson Tait.

Segond a imaginé un procédé pour supprimer les fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact. Inventée pour une fistule très haut située dans le cul de sac postérieur, sa technique est, à fortiori, applicable lorsque la brèche à combler est bas située. Toutes les fois qu'une fistule recto-vaginale en vaudra la peine par ses dimensions et ne s'accompagnera pas de lésions périnéales réclamant elles-mêmes une opération, ce procédé paraît devoir mériter la préférence. Voici les temps successifs de l'opération :

1° *Dilatation de l'anus.* — Digitale, lente, aussi complète que possible. En procédant ainsi la muqueuse n'éclate pas, on obtient un accès des plus larges et, ultérieurement, le sphincter recouvre toujours l'intégrité de ses fonctions.

2° *Libération par dissection du cylindre muqueux intra-anal.* — L'incision circulaire de la muqueuse anale doit porter à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa continuation avec la peau. Cette précaution est indispensable pour que la ligne de suture ultérieure soit bien cachée dans la dépression anale. La muqueuse une fois incisée circulairement, rien de plus simple que de la disséquer, dans toute la hauteur du sphincter, par une série de petits coups de ciseaux. Cela fait, la béance du sphincter mis à nu est maintenue par deux écarteurs et l'on peut saisir toute l'épaisseur des parois rectales pour procéder au temps suivant.

3° *Dédoublement de la cloison recto-vaginale avec mobilisation, abaissement et résection du segment rectal situé au-dessus de la fistule.* — Le dédoublement de la cloison se fait au doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, jusqu'à la fistule. Le trajet de la fistule est alors tranché au bistouri, on la dédouble ainsi en deux orifices, désormais indépendants, un orifice vaginal et un orifice rectal. Puis saisissant avec les doigts la paroi rectale antérieure au-dessus de son orifice fistuleux et laissant de nouveau tout instrument tranchant, on continue le dédoublement recto-vaginal, en le combinant à l'abaissement par traction, jusqu'à ce que la portion du rectum, correspondant au bout supérieur de l'orifice rectal de la fistule, soit suffisamment abaissée pour se laisser suturer à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus.



4° *Suture du rectum à l'anus.* — Cette suture se fait à la soie plate, suivant les règles habituelles ; pour peu que le décollement recto-vaginal soit étendu, il est prudent de laisser en avant la place d'un petit drain qui sera enlevé au bout de 2 ou 3 jours.

5° *Suture, après avivement, de l'orifice vaginal de la fistule.* — Cette suture se fait naturellement par voie vaginale. On pourrait s'en passer puisque le store rectal abaissé bouche la fenêtre vaginale. Il est cependant préférable de fermer l'orifice vaginal avec quelques points de catgut, pour que les sécrétions utéro-vaginales ne puissent pas s'insinuer dans la plaie qui résulte du dédoublement recto-vaginal.

6° *Pansement.* — Une mèche de gaze iodoformée tassée dans le vagin, un tube de caoutchouc dans le rectum, une compresse aseptique devant la région ano-vulvaire.]

Toutes les opérations sur la portion vaginale de l'utérus sont praticables en se servant d'une valve, postérieure, et en fixant la lèvre antérieure du col ou encore les deux commissures du museau de tanche.

#### 7. Discision de l'orifice utérin externe.

Cette opération est usitée dans les sténoses de l'orifice utérin, telles qu'il s'en présente souvent dans l'infantilisme de l'organe, combiné avec la cervicite catarrhale et compliqué de stérilité. D'ordinaire, on dilate le canal cervical. Après placement d'une valve postérieure, on attire la lèvre antérieure du col avec une pince tire-balles. On fend alors les deux commissures latérales, de façon à constituer de chaque côté une plaie triangulaire. Chacune de ces plaies est réunie transversalement de façon à éviter une nouvelle sténose. Au lieu de procéder de la sorte, on peut aussi, pendant une semaine, maintenir des mèches de gaze iodoformée écartant les lèvres du col. Repos au lit pendant huit jours.

Pendant l'accouchement, on peut être obligé, pour abrégé la période de dilatation d'un col rigide, de pratiquer des incisions. Elles seront faites au moyen des longs ciseaux courbes de Siebold, guidés par deux doigts ; il

vaut mieux pratiquer ces incisions en avant et en arrière, que sur les côtés du col où il y aurait danger d'hémorrhagie si la déchirure venait à s'agrandir. Comme en général, ces incisions saignent peu, il est inutile de les suturer, alors qu'il faut le faire pour les incisions cervicales profondes préconisées par Dührssen. La suture se fait aisément en se servant d'une valve.

[Les incisions cervicales dans les cas de rigidité du col sont de moins en moins employées en France. Si, en effet, ces débridements ont parfois pour résultat de faciliter et de hâter la dilatation, ils présentent le danger de pouvoir servir d'amorce à des déchirures étendues, atteignant le segment inférieur de l'utérus. De pareilles plaies peuvent causer de graves hémorrhagies et être ultérieurement une source d'infection. Elles peuvent être assez difficiles à suturer d'une façon convenable. Ce que nous venons de dire s'applique, à fortiori, aux incisions profondes de Dührssen].

#### 8. Opération d'Emmet pour la réunion des déchirures commissurales

S'il se produit, *sub partu*, des déchirures commissurales (soit par suite de rigidité de l'orifice utérin externe, soit à la suite de l'application du forceps, soit encore à la suite d'incisions), elles guérissent par seconde intention, si elles ne sont pas immédiatement suturées, et forment, alors, des cicatrices empiétant souvent sur les culs de sac latéraux du vagin. Ces cicatrices peuvent devenir très douloureuses, et être une cause d'ectropion, de cervicite, et de prolifération inflammatoire de la muqueuse.

Pour traiter ces lésions, on devra écarter avec des tire-balles les lèvres du col, et pratiquer latéralement, sur chaque lèvre, un avivement de forme oblongue, les petites extrémités de ces surfaces cruentées se réunissant. L'avivement sera prolongé jusqu'à l'extrémité de la cicatrice, dans le cul de sac vaginal, s'il est nécessaire. Les deux surfaces d'avivement sont appliquées l'une à l'autre par des sutures de catgut à points séparés, placées de l'intérieur vers l'extérieur, depuis l'orifice du col, jusqu'au cul de sac vaginal ; l'avivement de ce cul de sac est réuni séparément. On cathétérise ensuite le canal cervical. Un dernier point de suture est placé à l'angle de la nouvelle commissure. Tamponnement à la gaze iodoformée. Huit à douze jours de lit.



Planche XV. — Double excision cunéiforme des lèvres du col dans la métrite chronique. — Pose des fils de catgut qui cheminent sous toute la surface cruentée.

Planche XVI. — Excision cunéiforme dans les cas d'ectropion et de cervicite, d'après Schröder. Excision portant sur chaque lèvre du museau de tanche ; comprenant la muqueuse cervicale altérée, jusqu'à l'orifice interne. Pose des sutures, allant de l'orifice utérin interne à la lèvre de la plaie, et cheminant sous toute la surface cruentée.

#### 9 et 10. Excision cunéiforme des lèvres du col.

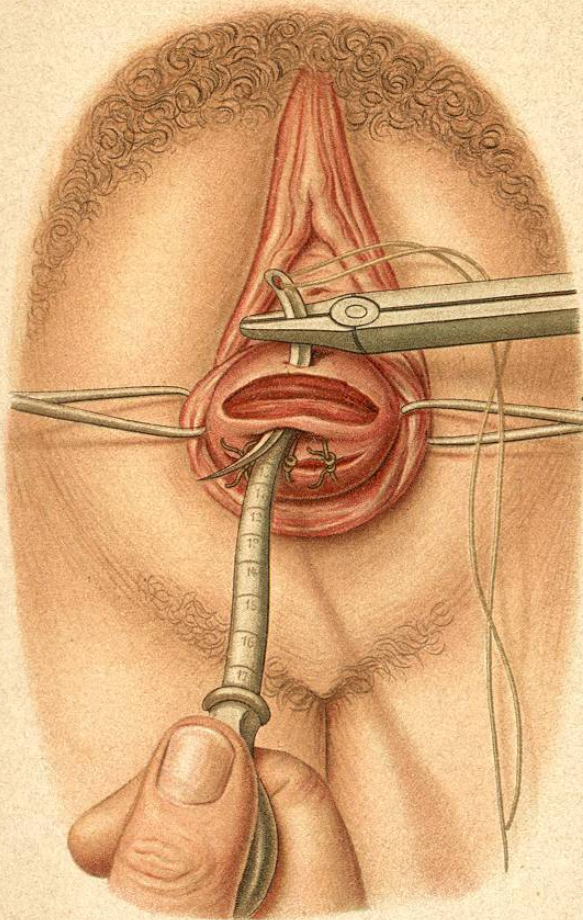
Cette opération est employée dans la métrite chronique avec hyperplasie du col. Selon le but qu'on se propose, l'excision porte seulement sur le tissu du col, ou comprend la muqueuse cervicale.

#### 9. Excision cunéiforme de la substance cervicale (pl. XV).

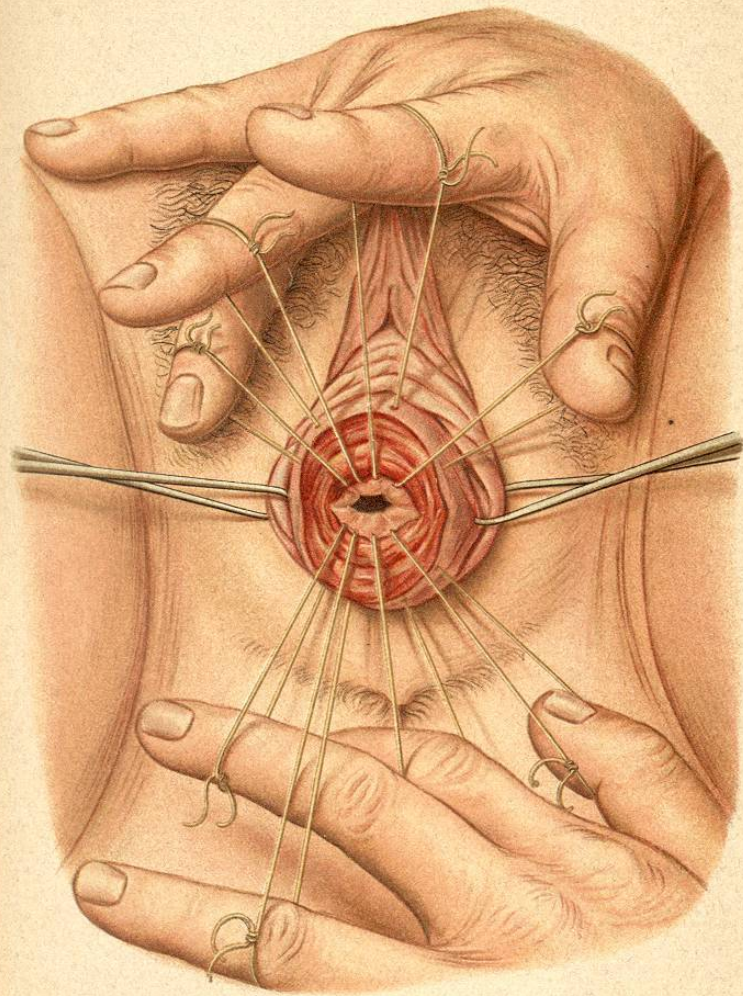
Cette opération est le plus souvent pratiquée sur les deux lèvres du museau de tanche. Ces deux lèvres sont fixées latéralement avec des pinces tire-balles ; la paroi vaginale postérieure est déprimée par une valve. Un couteau tranchant des deux côtés est introduit profondément dans le tissu du col, à deux reprises, et en faisant converger les deux incisions ; de la sorte, on enlève, sur chaque lèvre du col, un coin de tissu utérin, et chacune des deux lèvres présente deux lambeaux (pl. XV). Leur réunion se fait au moyen d'un surjet, ou par quelques points séparés de catgut ; l'aiguille devant, en tout cas, cheminer sous toute la surface cruentée.

#### 10. Excision cunéiforme de Schröder (pl. XVI).

Cette opération a pour but d'enlever, en plus de l'épaississement métritique des lèvres, la muqueuse cervicale ectropiée et malade. Le bistouri est enfoncé au milieu de la lèvre hypertrophiée d'avant en arrière, de façon à diviser en deux lambeaux le museau de tanche : le lambeau interne, comprenant la muqueuse, est excisé grâce à une seconde incision, faite dans l'intérieur du canal cervical, et tombant









sur la première à angle droit ou obtus. Il ne reste donc que le lambeau antérieur. Comme la plupart des ectropions ont pour origine des déchirures des commissures, on sera souvent obligé de combiner cette excision cunéiforme avec l'opération d'Emmet [c'est-à-dire d'aviver les commissures].

La plaie est suturée en rebroussant vers l'intérieur les lambeaux restant des deux lèvres, et en suturant leur bord libre au bord de la section de la muqueuse utérine. Les sutures sont posées en rayonnant; leurs points d'entrée étant situés à l'orifice interne de l'utérus, et par conséquent plus rapprochés les uns des autres que leurs points de sortie sur le lambeau du col. Il est avantageux, pour la facilité des sutures, de fendre les commissures. Chaque fil part de l'orifice interne du col, au-dessus de la section de la muqueuse, passe sous toute la surface cruentée, et ressort au delà du bord libre du lambeau cervical. Les nœuds ne sont serrés qu'une fois tous les fils placés; avec la pince, on replie en dedans le lambeau cervical, pour affronter les deux lignes de section. Les incisions des commissures, ou les avivements faits en ces points suivant la méthode d'Emmet, sont suturés de la façon indiquée plus haut. Repos au lit pendant dix à douze jours.

Note additionnelle.

[Les amputations cervicales, exécutées irrégulièrement, ont pu être parfois, plus rarement peut-être qu'on ne l'a dit, causes de dystocie lors d'accouchements ultérieurs. Il importe donc, d'une part de ne les confier qu'à des opérateurs expérimentés, d'autre part de les pratiquer uniquement dans les cas qui en sont authentiquement justiciables, sans en faire jamais, comme certains praticiens, la panacée de toutes les affections utérines.

L'opération de Schröder, type, est surtout une opération schématique dont les indications vraies se rencontrent rarement. En fait, les opérations les meilleures en cas de métrite cervicale se groupent autour de deux types principaux. Tantôt les lésions de la muqueuse sont assez bas situées pour qu'on puisse se contenter de la résection, à deux lambeaux plus ou moins égaux, connue sous le nom d'opération de Simon-Markwald, décrite ci-dessus au paragraphe 9. Tantôt les lésions de la muqueuse s'étendent trop en hauteur pour qu'on trouve l'étoffe d'un lambeau interne, même



très court, et, dans ces cas-là, il est beaucoup plus simple, plus rapide et plus sûr de faire une amputation transversale totale, au ras de la section muqueuse, avec suture consécutive de cette muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale, que de s'évertuer à tailler sur le col un long et mince lambeau externe, qu'il est toujours très difficile de replier sur lui-même pour le coudre à la branche de la muqueuse intracervicale].

#### 11 et 12. Hystérocleisis et colpocleisis.

Ces opérations, parfois pratiquées dans les *fistules urocervicales* et *urétéro-vaginales*, sont toujours des pis aller, usités en cas d'échec ou de non possibilité des opérations ci-dessus décrites. Pour éviter l'ablation du rein, on procède, suivant le siège de la fistule, à la fermeture de l'orifice utérin externe au moyen d'un large avivement et de la suture des lèvres du col, ou encore à la fermeture du vagin. Dans ce dernier cas on établit une fistule vésico-vaginale artificielle permanente; aussitôt après, on avive et suture, au-dessous de l'orifice de la fistule, les parois du vagin suivant une ligne circulaire et sur une vaste surface. Jusqu'à la guérison définitive on maintient une sonde à demeure.

Ces atrésies artificielles ne vont pas sans inconvénients ultérieurs; le sang menstruel étant forcé de sortir par la vessie et l'urèthre. De plus, il est fréquent de voir se produire dans le vagin des incrustations urinaires: il peut, par suite, se produire du catarrhe vésical.

### III

#### OPÉRATIONS PRATIQUÉES APRÈS DILATATION PRÉALABLE DU CANAL CERVICAL UTÉRIN.

##### ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE ET OPÉRATOIRE DU COL UTÉRIN ET DES CULS DE SAC VAGINAUX

Les voûtes formées par les culs de sac antérieur et postérieur sont dissemblables, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue pathologique. La voûte antérieure est aplatie; la postérieure est une poche effective, une sorte de réceptacle pour la portion vaginale du col, pour le membre viril dans la copulation, pour le sang menstruel, pour la tête de l'enfant quand elle sort du col.

Le cul de sac antérieur, en dehors de l'état de gravidité, n'a aucun rapport avec le cul de sac vésico-utérin, par contre, la voûte du cul de sac postérieur est doublée par la séreuse du Douglas.

Cette excavation descend plus ou moins bas derrière la paroi du cul de sac; chez l'enfant, elle descend plus bas que ce cul de sac, jusque derrière l'extrémité supérieure du canal vaginal proprement dit. Le cul de sac postérieur est donc séparé du récessus péritonéal par un septum formé de muqueuse, de tissu musculaire et de tissu conjonctif. Ce tissu conjonctif est lâche. Il se continue, en haut, avec le tissu conjonctif paramétritique revêtant la face postérieure du col. *Ce n'est qu'à hauteur de l'orifice utérin interne* que nous trouvons une union intime de la séreuse et des fibres musculaires utérines.

Par contre, en avant, le septum de tissu conjonctifs'élève jusqu'au dessus de l'orifice utérin interne, à environ 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'origine de la portion vaginale du col. La vessie est en rapport: d'abord avec la paroi du cul de sac antérieur puis, par l'intermédiaire du septum,