

**OPÉRATIONS PLASTIQUES DESTINÉES A COMBATTRE
LES DÉPLACEMENTS UTÉRINS**

COLPORRHAPHIE

Cloisonnement. — Procédé Le Fort. — La malade étant placée dans la position de la taille, une sonde est introduite dans la vessie pour apprécier l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale.

L'utérus maintenu en dehors de la vulve, on fait sur la paroi antérieure du vagin une incision qui intéresse une surface rectangulaire d'environ six centimètres de longueur sur deux de largeur.

— On enlève complètement la muqueuse comprise dans cette incision, en ayant soin de ne pas pénétrer dans la vessie. Le plus souvent, l'avivement se fera par une espèce de décortication qui sera pratiquée avec un instrument mousse. Cet avivement sera amené le plus près possible de la vulve.

A ce moment on fait soulever l'utérus par un aide, de façon qu'il soit relevé vers l'abdomen afin de bien voir la face postérieure du vagin. Sur cette face, on enlèvera un lambeau de muqueuse pareil à celui de la face antérieure et en un point bien symétrique au premier avivement.

On réduit alors graduellement l'utérus, jusqu'à ce que les extrémités profondes des deux avivements, dans la partie la plus rapprochée du col, soient en contact. On applique sur le bord transversal trois points de suture au fil de soie, pour réunir transversalement la paroi antérieure à la paroi postérieure du vagin.

On fait ensuite la réunion des bords latéraux, à droite et à gauche, par des fils qui passent du bord de l'avivement antérieur au bord de l'avivement postérieur.

Une tige métallique munie d'un bouton est placée dans la cavité utérine et permet de faire graduellement la réduction de l'utérus, à mesure que les sutures latérales avancent. Quand ces sutures sont terminées, l'on achève l'opération en plaçant trois points de suture qui unissent

les deux bords antérieurs des avivements. Il existe alors deux vagins placés côte à côte comme les deux canons d'un fusil double, et séparés par une cloison artificielle. — Cette cloison n'est autre chose que le résultat du rapprochement des deux bandes médianes avivées.

Les bouts des fils seront laissés assez longs pour qu'on puisse facilement les retirer vers le dixième jour.

Il est bien entendu qu'au préalable l'on aura fait le lavage antiseptique rigoureux de ces parties. Le pansement antiseptique consistera dans des bandes de gaze au sublimé que l'on introduit dans le vagin de manière à produire un tamponnement de soutien peu serré.

Cette opération paraît avoir réussi entre les mains de son inventeur. — D'autres chirurgiens qui l'ont tentée ont échoué souvent, entre autres Lucas-Championnière. — Elle a deux inconvénients : 1° elle prive la femme de son vagin ; 2° elle ne restaure nullement le plancher pelvien, ce qui laisse une voie ouverte à la récurrence. — Enfin, pour qui a l'habitude de pratiquer des opérations plastiques sur le vagin et d'en suivre les résultats, il semble que l'avivement en largeur (2 centimètres) doive être insuffisant pour le succès. Il faudra donc exagérer l'étendue transversale de la bande avivée. Mais, dans ce cas, le placement des sutures doit être fort difficile. — Je dirai pour me résumer qu'à moins d'indications spéciales pour cette façon d'opérer, je préfère les méthodes plus courantes dont la description va suivre.

COLPORRHAPHIE ANTÉRIEURE

Cette opération est indiquée surtout dans le prolapsus utérin compliqué de *cystocèle*.

On abaisse l'utérus avec la pince de Museux, de façon à bien étaler la muqueuse sur laquelle on doit opérer. On lave alors la cavité utérine et le vagin avec la solution de sublimé à 1 pour 2000 ; ensuite, on trace sur la muqueuse vaginale antérieure une incision ovale plus ou moins

grande selon la laxité des tissus, et qui intéresse toute l'épaisseur de la muqueuse. — Si cette muqueuse est normale, il suffit, pour la détacher, de la saisir solidement avec des pinces à griffes, dans l'angle supérieur, et, à l'aide d'un instrument mousse, on la détache assez facilement de la couche sous-jacente, par une véritable décorication; si l'on est obligé d'user du bistouri pour ce temps de l'opération, il est prudent d'introduire de temps à autre une sonde métallique dans la vessie pour se rendre compte

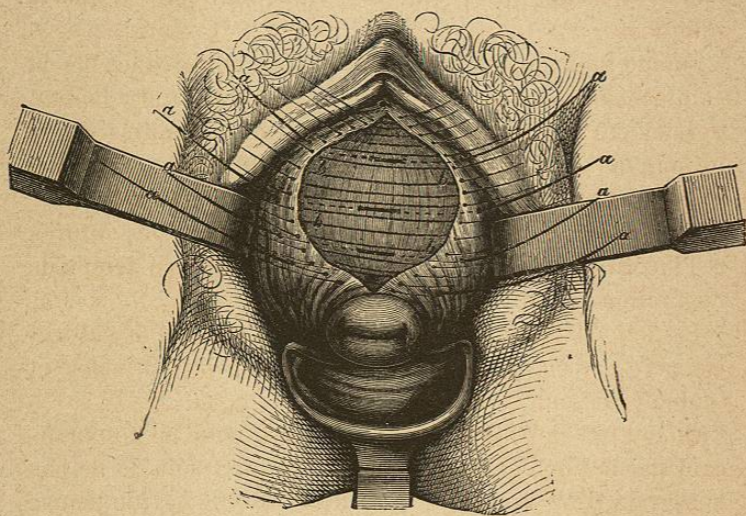


Fig. 30.
Placement des sutures dans la colporrhaphie antérieure. (Procédé de Schroeder.)

de l'épaisseur des tissus qui sépare la muqueuse vésicale de la plaie. — Si l'on perfore par mégarde la vessie, il ne faut pas hésiter à poser de suite quelques points de suture bien serrés sur la solution de continuité, en ayant soin de s'entourer de toutes les précautions antiseptiques intra et extra-vésicales.

Sutures par le
procédé de Schre-
der.

Quand la surface cruentée a été bien égalisée avec les ciseaux, on place les fils de suture dont on fait deux ou trois plans superposés, suivant l'épaisseur des tissus (fig. 30). Pour placer les sutures profondes, on fait pénétrer l'ai-

guille dans la muqueuse à une distance d'au moins un demi-centimètre de la plaie; elle chemine entre la plaie et la vessie jusqu'au près de la ligne médiane. Là elle ressort pour replonger sous la plaie en un point symétrique de son point de sortie de l'autre côté de la ligne médiane; elle chemine encore sous la plaie pour ressortir dans la muqueuse à un demi-centimètre environ de l'autre bord.

Ces sutures profondes sont au nombre de trois à six, selon l'étendue de la plaie.

Les sutures superficielles plus nombreuses sont placées dans l'intervalle des premières; elles n'intéressent que la muqueuse.

Quand toutes les sutures sont posées, on serre les fils en commençant par ceux des sutures profondes qui adaptent exactement l'une contre l'autre les deux moitiés de la grande plaie. — Les fils superficiels sont serrés ensuite et joignent l'un à l'autre les bords de la muqueuse.

Le procédé de Schroeder pour le placement des sutures a l'inconvénient de prolonger outre mesure ce temps de l'opération.

La plupart des chirurgiens ne font qu'un plan de sutures isolées qui comprennent du même coup la muqueuse et toute l'épaisseur des tissus incisés.

Quand tous les fils sont posés, on les noue en commençant par le plus profond et en ayant bien soin de ne pas laisser de tissu saignant entre les bords de la muqueuse affrontée. — Pour assurer la bonne réunion on se contente de poser de nouveaux fils dans les intervalles des premiers points, si c'est nécessaire.

Quand la suture est terminée on coupe les fils à deux centimètres de la muqueuse. On lave avec soin et on introduit dans le vagin une bande de gaze iodoformée.

COLPORRHAPHIE POSTÉRIEURE

L'opération du prolapsus utérin se complète le plus souvent par la colporrhaphie postérieure; dans la plupart des cas anciens, le plancher périnéal est effondré, il y a de la

rectocèle et pour avoir un résultat satisfaisant il faut reconstituer ce plancher de soutien.

Comme dans la colporrhaphie antérieure, on attire l'utérus hors de la vulve, puis à l'aide des pinces on le relève fortement en haut, pour bien faire saillir la paroi inférieure du vagin.

En même temps, avec deux larges écarteurs placés sur les côtés de la vulve, on étale le plus possible le champ opératoire sur lequel on doit agir. — On introduit l'index

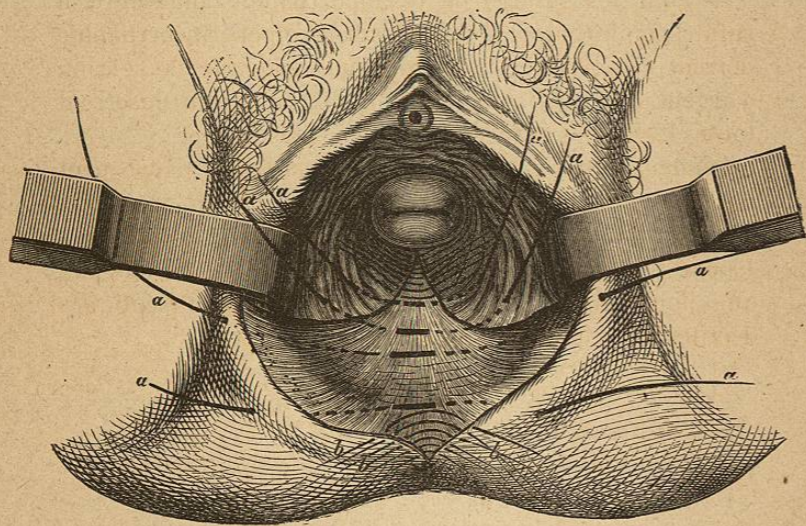


Fig. 31.

Placement des sutures dans la colporrhaphie postérieure. (Procédé de Schröder.)

de la main gauche dans le rectum et le pouce de la même main saisit le rebord de la muqueuse vaginale; l'on trace alors avec le bistouri des incisions qui intéressent toute l'épaisseur de la muqueuse.

— Ces incisions circonscrivent une surface qui doit avoir la forme d'un parallélogramme, dont deux des angles correspondants seront le col de l'utérus d'une part et le bord de l'anus de l'autre, tandis que les deux autres angles seront sur les bords de la vulve.

— Quand la surface cruentée est bien régularisée, on

place deux ou trois plans de sutures, en commençant par les plus profondes du côté du col, et en terminant par les plus superficielles, c'est-à-dire les plus rapprochées de la vulve, et en procédant comme dans la colporrhaphie antérieure (fig. 31). On serre ensuite tous les fils en commençant par les plus proches du col.

— Par le rapprochement des parties qui résulte de cette opération on obtient un véritable périnée et un rétrécissement considérable de la vulve.

— Pour les sutures de la colporrhaphie antérieure, il suffit d'employer le catgut. Celles de la colpopérinéorrhaphie doivent être assurées par quelques gros fils de soie ou d'argent qui sont profondément placés et qui enserrant toutes les autres sutures de façon à les soulager.

Pendant cette opération, l'hémorragie en nappe peut devenir gênante; on en débarrasse le champ opératoire par l'irrigation continue avec une solution phéniquée à 1 pour 100 chauffée à 50° centigrades. Il est bien entendu que l'on emploie toutes les précautions antiseptiques décrites dans la colporrhaphie antérieure.

COMBINAISON DE L'AMPUTATION DE LA PORTION VAGINALE DU COL AVEC LA COLPORRHAPHIE

Martin, de Berlin, rend l'opération de la colporrhaphie plus efficace et plus complète en amputant au préalable le col hypertrophié. Voici comment il procède (fig. 32) :

Au moyen de forts ciseaux on incise de chaque côté la portion vaginale du col jusqu'à la hauteur des culs-de-sac. — Avec les pinces, on relève la lèvre supérieure du col et l'on fait sur la muqueuse cervicale une incision transversale qui intéresse la paroi du col. Cette incision est plus ou moins profonde et oblique, selon la longueur du col que l'on veut enlever.

Une seconde incision, également oblique, est pratiquée sur la muqueuse vaginale, de façon à rejoindre la première dans la profondeur du col, et en comprenant avec celle-ci

un lambeau en forme de coin qui est enlevé. C'est, en un mot, une sorte d'amputation biconique de la portion exubérante de chaque lèvres. (Voir au paragraphe *hystérotomie*.)



Fig. 32. — *i, i, i*, incisions de l'amputation vaginale du col (Martin); *a*, vessie; *b*, cul-de-sac de Douglas.

On juxtapose de suite les deux surfaces de section par de fines sutures, et on procède de même pour la lèvre postérieure.

On termine l'opération en plaçant quelques points de suture sur les incisions latérales faites avec les ciseaux au début de l'opération.

Pendant toutes ces manœuvres opératoires, on fait l'irrigation continue avec une solution phéniquée à 1 ou 2 pour 100, à l'aide du spéculum à irrigation ou d'un simple irrigateur à canule fine.



Fig. 33. — Résultat de l'amputation du col par le procédé de Martin.

Quand l'amputation du col est terminée, on procède alors à la colporrhaphie antérieure et postérieure et l'on obtient ainsi une opération parfaite qui supprime la partie de l'utérus qui a tendance à faire saillie, on guérit la cystocèle et la rectocèle, et on refait un plancher périnéal complet.

Le vagin, ainsi modifié, maintient si bien l'utérus en place que l'usage des pessaires est inutile et qu'il n'y a pas lieu ordinairement de tenter un autre moyen de fixer l'utérus, comme par exemple l'opération d'Alexander.

Procédé de Schroeder.

SCHROEDER modifie légèrement le procédé employé par Martin pour l'amputation du col. D'après cet auteur, l'amputation de la lèvre supérieure doit se faire de la façon suivante, à cause du voisinage de la vessie :

On commencera par faire une incision transversale sur l'extrémité de cette lèvre; on sépare alors la vessie du col, dans une certaine étendue, pour ne pas blesser la vessie, et l'on continue ensuite l'incision en la dirigeant vers le canal cervical. On a de la sorte une plaie à angle ouvert, dont on réunit les surfaces par des points de suture. C'est donc une véritable amputation sus-vaginale qu'il pratique.

Cette manière de faire s'appelle le procédé de l'excision de la muqueuse du col étudié précédemment, préconisé par le même auteur.

Pour la lèvre inférieure, il opère comme l'indique Martin.

Suture en surjet. — H. Schroeder, Doléris, Martin, etc., emploient pour les sutures de la colporrhaphie la suture continue en spirale, dont ils font deux ou trois plans selon la grandeur de la surface cruentée.

— Pour faire cette suture, il faut prendre une longue aiguillée de fil de catgut bien résistant, de moyenne grosseur : n° 2 (fig. 34). On introduit l'aiguille courbe vers le sommet de l'incision ovale la plus proche du col de l'utérus, on fait un premier point qui enserrera environ un centimètre de la partie moyenne de la plaie, et l'on noue solidement. Au-dessous de ce premier point, et sans couper le fil, on passe un second point de gauche à droite parallèle au premier; avant de serrer ce second point, on passe l'aiguille dans l'anse de fil qui forme front entre les deux points; l'on serre alors le second point et l'on pratique le troisième. Il est bon de les assurer de temps à autre par un nœud complet.

L'on continue cette suture jusqu'à l'autre angle de la

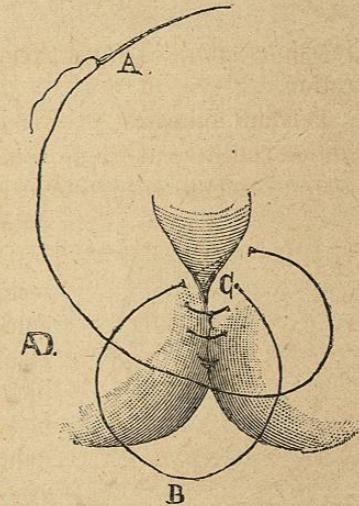


Fig. 34. — Point en surjet ou suture continue (d'après Doléris).

plaie. Arrivé là, on place un second plan de sutures au-dessus du premier¹; ces points nouveaux comprendront les bords de la muqueuse, si deux plans de suture suffisent pour assurer la réunion. Ce second plan sera conduit de la même façon que le premier et dirigé de manière que son dernier point corresponde au premier point de la suture profonde. On nouera alors solidement les deux chefs de l'aiguillée de fil.

Pour bien assurer la solidité de ces sutures, on peut passer au-dessous d'elles une ou deux anses de grosse soie qui enserreront tout le paquet.

Ce procédé de la suture en spirale a l'avantage d'être rapide et d'affronter d'une façon bien parfaite toutes les parties de la surface cruentée.

PÉRINÉORRHAPHIE

Autrefois il n'était guère question que de la périnéorrhaphie *totale* et *tardive*, c'est-à-dire celle qui était nécessitée par une rupture complète du périnée avec destruction et impuissance du sphincter rectal, au bout d'un certain temps après l'accouchement. Aujourd'hui on revient volontiers à la réunion immédiate du périnée rompu par l'accouchement, quelle que soit l'importance de la rupture. On ne néglige que les déchirures insignifiantes. A l'étranger, la question n'est plus discutée. En France, la pratique de la restauration immédiate a été vivement défendue et préconisée par Doléris. Avec l'antisepsie, il n'y a pas de danger; le succès est presque constant. Non constant, l'échec n'offre aucun désavantage pour l'avenir. On sera toujours à temps de recommencer l'opération.

D'autre part, on utilise beaucoup la périnéorrhaphie comme complément de la colporrhaphie dans le but d'assurer la solidité du support pelvien affaibli ou lésé antérieurement, pour les diverses opérations plastiques sur

1. Voyez plus loin la description et les figures de la périnéorrhaphie.

les organes génitaux de la femme. Cette méthode est entrée dans la pratique gynécologique, surtout grâce aux travaux d'Hégar, Kaltenbach, Schröder et Martin. — En Amérique, Emmet l'a simplifiée beaucoup en diminuant le nombre et le mode d'application des sutures. — En Allemagne, on ne met pas de fils d'argent. C'est la soie ou le catgut qui sont adoptés.

L'usage du catgut facilite l'emploi du procédé de Bröse adopté en France par Doléris et que je décrirai plus loin. Ce procédé est presque uniquement employé à la Clinique de Berlin par Schröder et ses assistants. Hoffmaier le préconise dans toutes les opérations plastiques. Martin emploie tantôt la soie, tantôt le catgut. Il se loue également des deux. La simplicité de l'emploi du catgut et la suppression de tout soin ultérieur sont les grands avantages de cette méthode et plaident en faveur de sa généralisation. Il faut choisir des fils appropriés, comme grosseur et comme résistance, au but que l'on se propose.

Beaucoup de chirurgiens cependant tiennent pour les méthodes anciennes que je décrirai brièvement, en les complétant par la description des précautions préalables et des procédés de suture nouveaux.

Les *précautions* à prendre avant l'opération portent sur l'état général et sur l'état local. On obtiendra une parfaite régularité des selles et, deux jours avant l'opération, on administrera à la malade un purgatif. Le matin de l'opération, grand lavement. Paquet de sous-nitrate de bismuth de 1 gramme avant l'opération. Pilules d'extrait thébaïque depuis la veille.

Précautions préalables.

Lavage antiseptique du canal vaginal, dans lequel on place ensuite un léger tampon de gaze iodoformée.

On savonne la peau du périnée et de la face interne des cuisses; on la dégraisse avec l'éther et on fait un lavage fortement antiseptique.

La malade étant dans la position de la taille, on relève la paroi antérieure du vagin avec le spéculum irrigateur qui servira en même temps à faire l'irrigation continue avec la solution de sublimé à 1 pour 2000, chauffée à 50 degrés.