

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.

On fait un avivement large qui va en arrière jusqu'au niveau du bord supérieur de l'anus et même un peu au-dessous sur les côtés; cet avivement remonte sur les grandes lèvres jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'angle que forme la cloison recto-vaginale déchirée. Du côté du rectum, il s'arrête au point où la muqueuse rectale se confond avec la peau qui seule est enlevée. C'est ce que l'on appelle avivement en *papillon*.

On met alors l'index gauche dans le rectum pour le tendre et pour guider l'aiguille armée d'un fil d'argent fort que l'on fait passer au-dessus de l'intestin de la façon suivante :

On tient l'aiguille avec la main droite, on l'enfonce du côté droit de l'opérateur, à 1 centimètre de l'avivement, on la fait pénétrer dans l'épaisseur des tissus, parallèlement à la surface avivée et à la paroi rectale. Ce premier fil sera placé près de l'anus, obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Quand la pointe arrive au niveau de la cloison vaginale, on la fait cheminer dans l'épaisseur de cette cloison qui est tendue entre l'index placé dans le rectum et le pouce placé sur la plaie. L'aiguille est poussée à travers les tissus de l'autre côté, de façon à sortir à 1 centimètre de la limite de l'avivement.

On place de la sorte une série de fils qui se rapprochent de plus en plus des angles supérieurs de l'avivement. Quand tous ces fils sont placés, on les serre, en les nouant solidement, et l'on obtient ainsi le rapprochement parfait de la profondeur des tissus.

Terrillon place les fils en double, de façon à pouvoir les nouer de chaque côté sur une petite tige; les surfaces sont ainsi rapprochées exactement sans cependant que les tissus risquent d'être coupés par les fils d'argent. Il place très profondément un gros fil fixé par ses deux extrémités sur des lames de plomb pour consolider l'ensemble des sutures. Comme on voit, ces méthodes sont anciennes quant au mode d'attache des fils; leur mode de placement seul est nouveau.

Il reste alors à suturer le vagin, ce que l'on fait avec un

fil de soie et une petite aiguille courbe, cela pour empêcher les liquides vaginaux de couler dans la plaie.

L'opération terminée, on fait un lavage antiseptique et l'on réunit les cuisses avec une serviette nouée autour d'elles.

Chaque jour on fera plusieurs lavages antiseptiques; on maintiendra la constipation à l'aide de l'opium et d'une alimentation appropriée jusqu'au huitième jour. A ce moment on provoquera une évacuation avec l'huile de ricin.

Les fils seront enlevés du neuvième au douzième jour graduellement.

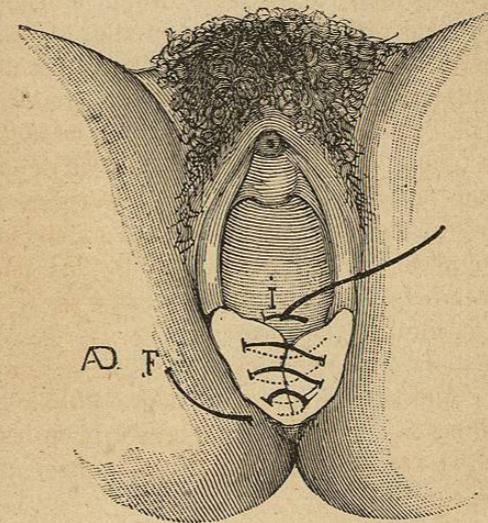


Fig. 35. — Procédé de Bröse. (Doléris.)

BRÖSE, de Berlin, fait dans la périnéorrhaphie la suture en spirale au catgut; ce procédé a l'avantage de donner une suture solide sur laquelle on n'a plus besoin de revenir une fois qu'elle est terminée.

Suture continue dans la périnéorrhaphie.

Un fil de 30 à 40 centimètres de long est suffisant dans la plupart des cas. — Il est bon d'en avoir plusieurs à sa disposition, au cas où le premier viendrait à se rompre; on rattache alors par un nœud un nouveau fil à l'extrémité de

celui qui s'est rompu. Ces fils sont plongés, tout enfilés aux aiguilles, dans une solution phéniquée à 1 pour 25, placée à proximité de l'opérateur.

Voici la méthode opératoire telle que Doléris l'a décrite à la Société de gynécologie de Paris.

« 1° *Suture vaginale*. — La réunion doit commencer par
« l'angle vaginal de la déchirure. On pratique, à ce niveau,
« deux points de suture assez rapprochés, et on serre le

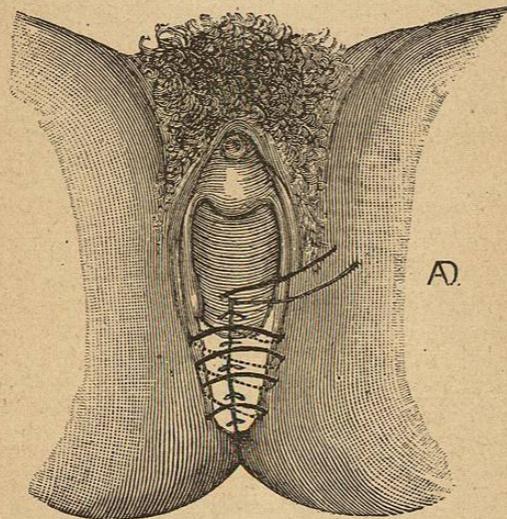


Fig. 36. — Terminaison de la suture. (Doléris.)

« fil par un double nœud. Il importe que la muqueuse va-
« ginale soit exactement affrontée, et que toute solution de
« continuité disparaisse par le rapprochement minutieux
« des lèvres de la plaie. On conduit donc le fil d'arrière en
« avant, jusqu'à ce qu'on ait reconstitué la commissure
« vulvaire. Il est bon de faire pénétrer l'aiguille assez
« profondément dans les tissus, et de prendre de chaque
« côté, sur les bords de la ligne de section, une bande de
« muqueuse assez large, de 4 à 5 millimètres environ, en
« raison du défaut de résistance et de l'infiltration de la
« muqueuse qui se produisent habituellement après
« l'accouchement.

« Si la fissure du côté du vagin intéresse une épaisseur
« considérable des tissus, il faut rapprocher d'abord direc-
« tement les parties profondes, en piquant l'aiguille près
« du sillon profond qui forme la plaie, et en allant de
« droite à gauche, pour terminer ensuite superficiellement
« par l'exacte coaptation de la muqueuse. On fait ainsi deux
« plans de ligatures.

« De l'une ou de l'autre façon, la suture est ramenée et

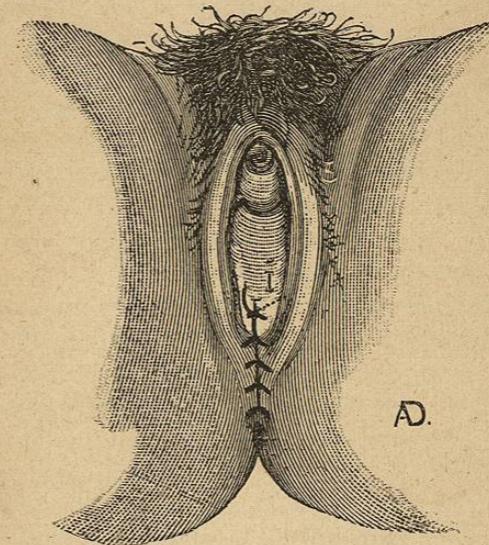


Fig. 37. — Résultat de la suture en surjet dans la périnéorrhaphie. (Doléris.)

« terminée à la commissure, où il est bon de la fixer par
« un nœud. Ce nœud se pratique comme à l'ordinaire, en
« faisant passer l'aiguille dans l'anse de fil avant de tirer
« et de serrer.

« Il n'y a aucun inconvénient à faire, dans ce premier
« temps, un ou deux points très larges, comprenant une
« bonne épaisseur de tissus, et jetés comme deux ponts
« par-dessus les autres points, soit pour consolider la
« suture, soit pour gagner rapidement le point où doit se
« terminer le premier temps de la réunion.

« 2^o Suture périnéale proprement dite. — Elle est destinée à rapprocher les bords cutanés de la rupture. La conduite est la même dans les cas légers, c'est-à-dire lorsque la plaie est peu profonde. Rapprochement et affrontement superficiel très exacts; avec quelques points profonds, comprenant plus de largeur de peau de chaque côté, et plus de tissus dans la profondeur. Immédiatement après la réunion et la cicatrisation complète, on peut constater que si la ligne cutanée de la suture est restée un peu irrégulière, et dessine parfois une crête très légère, cet aspect disparaît en peu de temps, et la cicatrice se régularise avec une netteté parfaite, à condition que l'opérateur ait bien pris ses mesures pour la coaptation régulière des bords. Il ne faut attacher par conséquent aucune importance à cette particularité, qui tient uniquement à l'exubérance des processus de réparation, et au retrait inégal des tissus tuméfiés, quand on opère immédiatement après l'accouchement. »

« Dans certains cas, le périnée très épais, une fois rompu, laisse à découvert une surface triangulaire bilatérale, étendue au point que la réunion vaginale ne saurait être complétée dans un premier temps, sans que les tissus profonds de la région périnéale proprement dite ne le soient simultanément. »

« Il pourrait arriver que la plaie vaginale parfaitement réunie, la commissure vulvaire restaurée, le périnée reconstitué en tant qu'étendue de tissus, il restât entre l'anus et la vulve une petite crypte pouvant loger un pois, ne communiquant ni avec le vagin, ni avec le rectum et formant une fistule borgne, comme si l'on eût fait un trou d'un centimètre de profondeur au centre du périnée en perforant de dehors en dedans. »

« Cet inconvénient ne compromet pas l'opération, mais il faut pour le faire disparaître cautériser au nitrate d'argent cette petite cavité pendant plusieurs jours, ce qui retarde la guérison. »

« Pour éviter cette réunion incomplète, il est indispensable de rapprocher, par un premier plan de sutures profondes,

les surfaces opposées de la rigole profonde de la déchirure, en allant directement du vagin à l'anus. »

« On retourne ensuite au point de départ par un deuxième plan de sutures pratiquées en sens inverse dans la région moyenne des surfaces cruentées, et l'on termine par le dernier plan superficiel. Dans certains cas ce dernier plan est inutile et l'on se contente des deux premiers. »

Comme je l'ai indiqué déjà dans la description de la suture continue en spirale, il est bon d'arrêter le fil de temps en temps par un nœud.

Le pansement sera antiseptique et chaque jour on pratiquera des pulvérisations d'éther iodoformé sur la ligne de réunion; on aura soin de maintenir aussi le vagin dans un état d'asepsie parfaite.

— Grâce à ce procédé les accoucheurs peuvent aujourd'hui faire la réunion de la rupture du périnée immédiatement après l'accouchement. Les précautions antiseptiques dont on s'entoure rendent inoffensifs les liquides post-puerpéraux, et l'on bénéficie, pour la cicatrisation, de la vitalité de la plaie qui vient d'être accidentellement formée. Cette méthode a été déjà souvent appliquée avec succès.

4^o RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS

Dans les déviations de l'utérus, rétroversion, rétroflexion, ou prolapsus, les ligaments ronds sont forcément relâchés et allongés; aussi depuis longtemps le raccourcissement de ces ligaments a été indiqué comme moyen de guérison de ces positions anormales de l'utérus.

Déjà en 1840, Alquié, chirurgien de Montpellier, la discuta publiquement. C'est en 1881 seulement que Alexander, de Liverpool, la pratiqua pour la première fois, et en 1884 il publia un opuscule complet sur la question.

— Cette opération n'est pas encore acceptée couramment par les gynécologues; il semble cependant qu'il y a une tendance à la pratiquer comme le complément nécessaire

de la colporrhaphie. A ce point de vue il est intéressant d'en décrire ici le manuel opératoire.

Manuel opératoire.

On rase d'abord les poils du pubis, on dégraisse la peau avec de l'éther et on la lave avec la solution de sublimé au millième.

Ces précautions prises, on pratique une incision qui part de l'épine du pubis, dans la direction du canal inguinal. La longueur de l'incision variera de 5 à 8 centimètres, suivant l'embonpoint du sujet. On incisera couche par couche jusqu'à ce que l'on découvre le tendon brillant du muscle grand oblique.

Quand ce tendon apparaît au fond de la plaie, on y introduit le doigt à la recherche de l'anneau inguinal externe qui donne passage à l'extrémité du ligament rond. Ce ligament est quelquefois assez difficile à distinguer. Pour le trouver il faut bien écarter les bords de la plaie et on le reconnaît alors à sa forme arrondie, à ses fibres charnues généralement bien séparées des parties voisines. Le long de sa face antérieure se trouve le nerf génito-crural qui peut servir de point de repère.

Avant tout, on doit écarter avec des pinces le nerf génito-crural du ligament qui l'accompagne, de façon que la traction que l'on va pratiquer sur le ligament ne porte pas sur ce cordon nerveux dont la résistance est assez grande pour gêner l'opération.

On saisit alors le ligament avec les doigts ou avec une pince à mors larges et mousses, et, tout en faisant de légères tractions, on détache avec des ciseaux ses adhérences aux parties voisines.

Quand le cordon est bien isolé on fait la traction continue avec un effort bien égal, jusqu'à ce que l'on sente qu'il cède facilement, mais sans casser.

On peut à ce moment redresser l'utérus ou le repousser avec une sonde introduite dans sa cavité.

Si on le juge nécessaire on fera, aussitôt après, l'opération semblable de l'autre côté.

Quand l'utérus est ainsi relevé, on fixe les ligaments ronds au pilier de l'anneau inguinal, par quelques sutures

de catgut. On sectionne avec les ciseaux les extrémités superflues des ligaments et la plaie cutanée est suturée; on peut laisser un petit drain court à l'angle inférieur de la plaie.

Quelques opérateurs ont la coutume de ne pas sectionner les extrémités des ligaments attirées en dehors; ils les renferment sous la suture cutanée et obtiennent plus tard une petite saillie cicatricielle dure qui peut consolider la région.

On saupoudre la plaie avec de l'iodoforme, et l'on fait par-dessus un pansement antiseptique. La malade garde le repos, et les drains peuvent être enlevés le second jour. — Le volume du ligament rond est d'habitude semblable à celui d'une plume d'oie. Chez les femmes récemment accouchées, il participe à l'hypertrophie générale des organes de la gestation et son volume est quatre fois plus gros.

— Cette opération complètement inoffensive a déjà donné d'excellents résultats. On pourrait compter près de deux cents cas dans la littérature médicale. Doléris a discuté et résumé dans un mémoire très complet (*Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*), puis dans diverses sociétés savantes, les côtés avantageux, désavantageux et indifférents de l'opération. Après réserves, il conclut finalement à son adoption, qui ne comporte aucun danger sérieux. On trouve dans ce mémoire quantité de noms de chirurgiens anglais, américains, partisans du raccourcissement des ligaments ronds. En France l'opinion est plus réservée. Duplay, Péan, Doléris, paraissent avoir été seuls à tenter la nouvelle méthode. En Allemagne, Scenger et Zeiss; en Russie, Matlaturecki, Heuszewski, Rjassenzew, Slawjanski, etc.

5° COMBINAISON DE LA COLPORRHAPHIE AVEC LE RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS

Dans les *Nouvelles Archives de gynécologie*, au mois de juin de cette année, **Doléris** recommande le raccourcissement des ligaments ronds comme le complément rationnel

des opérations plastiques employées contre le prolapsus utérin et contre les déviations compliquées de prolapsus. Son but, en combinant les deux procédés opératoires, est de relever l'utérus immédiatement après avoir restauré le support pelvien. D'après cet auteur, la colporrhaphie seule n'est parfois qu'un trompe-l'œil; si l'utérus ne fait plus saillie hors de la vulve, il est quand même en prolapsus réel dans le vagin et les accidents dus au tiraillement continuent à se produire, de même que les douleurs qui dépendent du prolapsus des ovaires.

— Alexander avait déjà entrevu cette combinaison, à propos du traitement de la cystocèle. Il laissait un intervalle de douze à quinze jours entre les deux actes opératoires, et ne pratiquait le raccourcissement des ligaments ronds que lorsque la cicatrisation de la muqueuse vaginale était obtenue.

Dolérís critique cette manière de faire et propose le manuel opératoire suivant, qu'il a exécuté avec succès et qui consiste à réunir les deux actes opératoires en un seul. Il l'exécute dans une séance unique, ainsi que j'ai pu le constater en assistant à une opération de ce genre pratiquée par lui à l'hôpital Tenon.

« 1° Commencer la restauration complète et aussi parfaite que possible du plancher pelvien suivant la nécessité; restaurer aussi le vagin en le rétrécissant sur la paroi qui est exubérante et relâchée. Donc, cure de la rectocèle et de la cystocèle. On peut abaisser le col utérin à volonté et la chose n'est ni douloureuse ni malaisée en raison même du prolapsus.

« 2° Raccourcir un seul ligament rond mais porter le raccourcissement à sa limite extrême : 8 à 10 centimètres. S'assurer que l'utérus est bien remis en place; terminer l'opération du côté de l'ainé et procéder au pansement.

« L'auteur est convaincu que le raccourcissement d'un seul ligament suffit; de nombreuses observations le prouvent, soit que l'on ait échoué dans la recherche du second, soit que la suppuration ait déterminé le relâche-

« ment des ligatures d'un côté. De plus, ce procédé permet
« de recourir plus tard, si la nécessité s'en fait sentir, au
« raccourcissement du second ligament; il assure l'élévation de l'utérus aussi complètement qu'on peut le désirer,
« ce dont on s'assure par le toucher combiné au palper.
« Il soustrait suffisamment la matrice à l'action de la pression abdominale, puisqu'il l'accrole à la paroi pelvienne; il la dévie sur le côté de la vessie et il la soustrait aux effets de l'ampliation de ce réservoir, le ligament non raccourci devant supporter seul la charge de céder à cette ampliation, car seul il est en rapport direct avec la paroi vésicale postérieure.

« 3° Assurer le maintien de l'utérus, non pas par un pessaire, mais par un tamponnement bien fait avec de la gaze iodoformée, qui restera en place huit jours pour être remplacé au bout de ce temps par un autre semblable. La cicatrisation sera alors complète ou à peu près, du côté du vagin; elle le sera beaucoup plus tôt du côté de la plaie inguinale. On pourra prolonger le tamponnement, si l'on veut, ou placer un pessaire à tige qui sera facilement supporté, tandis qu'il eût fallu s'en passer si l'on eût opéré à la façon d'Alexander, vu que l'on aurait couru la chance d'une réparation difficile des plaies vaginales en présence de ce corps étranger. »

— Avant d'entreprendre l'opération d'Alexander, il est indispensable d'examiner si l'utérus n'a pas contracté dans le bassin des adhérences qui rendraient toutes les tentatives de relèvement inutiles. La mobilité de l'utérus sera donc constatée par le palper manuel abdominal, combiné avec des tractions que l'on fera sur le col à l'aide de la pince de Museux.