

La solution de cocaïne s'emploie en badigeonnages ou en applications prolongées sur les muqueuses, et en injections interstitielles dans la peau ou dans les tissus profonds.

Les accidents auxquels elle expose (Dudley, Hallopeau, etc.) surviennent plutôt à la suite des injections interstitielles qu'après les badigeonnages ; ils consistent en vertiges, hallucinations, vomissements, anxiété précordiale et respiratoire, adynamie, syncope. Ces accidents, généralement passagers, ont été quelquefois suivis de mort ou peuvent se prolonger durant plusieurs semaines. Ils ne sont pas toujours en rapport avec la quantité de médicament employée et le degré de concentration de la solution.

Pour les injections interstitielles, il est prudent de ne pas dépasser le titre de 2 p. 100 et la quantité absolue de 10 à 15 centigrammes (Reclus). Pour les badigeonnages, on peut élever le titre à 5 et même 10 p. 100 et faire des applications répétées. La solution doit être fraîchement préparée à l'eau bouillie ou stérilisée par addition, soit d'acide phénique pur (0,35 p. 100 Hamilton), soit de quelques gouttes de liqueur de Van Swieten. Il est probable, en effet, que si la cocaïne compromet parfois la réunion primitive (Hancks), le fait est dû non pas tant à ses qualités anémiantes qu'à l'impureté de son véhicule.

Pour le curettage de l'utérus, Schwartz procède ainsi : l'utérus étant dilaté, il porte dans sa cavité un applicateur garni d'ouate imprégnée d'une solution de cocaïne à 5 p. 100. Il le laisse en place pendant deux minutes et demie et il recommence la même manœuvre trois fois, c'est-à-dire, de manière à laisser la solution en contact avec la muqueuse pendant une durée de sept à dix minutes. Des tampons imprégnés de la même solution sont en même temps appliqués sur le col et dans les culs-de-sac. D'autres opérateurs injectent une certaine quantité de la solution dans la cavité utérine au moyen de la seringue de Braun.

Pour anesthésier la muqueuse du vagin et de la vulve, on y appliquera, pendant cinq à dix minutes, des tampons imprégnés de la solution.

Pour la trachelorrhaphie, on fera, au sommet de l'angle de la déchirure et dans l'épaisseur des lèvres, des injections interstitielles, très doucement poussées, en ne dépassant pas un total de 5 à 6 centigrammes de cocaïne. On pourra, au besoin, prolonger son action au cours de l'opération, à l'aide de badigeonnages.

S'il s'agit d'inciser la peau, c'est dans l'épaisseur même du derme, et non dans le tissu cellulaire sous-cutané, que doit pénétrer la solution (Reclus). L'injection, pratiquée au moyen d'une seringue de

Pravaz, à longue aiguille, doit circonscrire l'aire opératoire : son trajet dessine un bourrelet blanchâtre qui sert de guide pour l'incision. Celle-ci peut même être faite au thermo-cautère, à condition de procéder rapidement.

CHAPITRE III

RÉUNION ET HÉMOSTASE

I. — RÉUNION

1^o Instruments. — A. AIGUILLES. — Les aiguilles employées en gynécologie sont les aiguilles dites chirurgi-

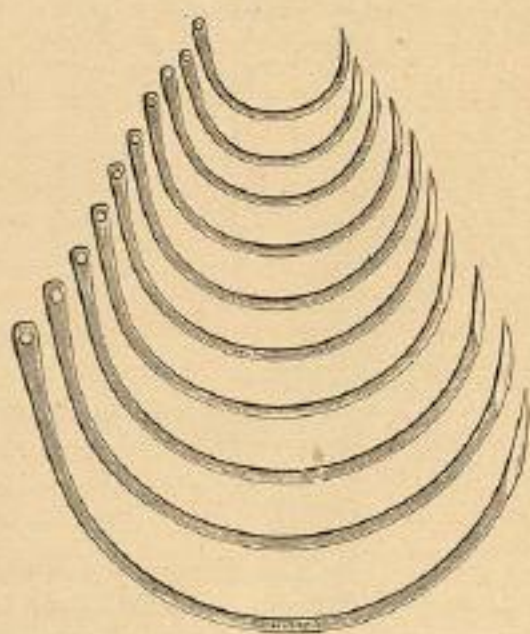


Fig. 152. — Jeu d'aiguilles de Hagedorn.

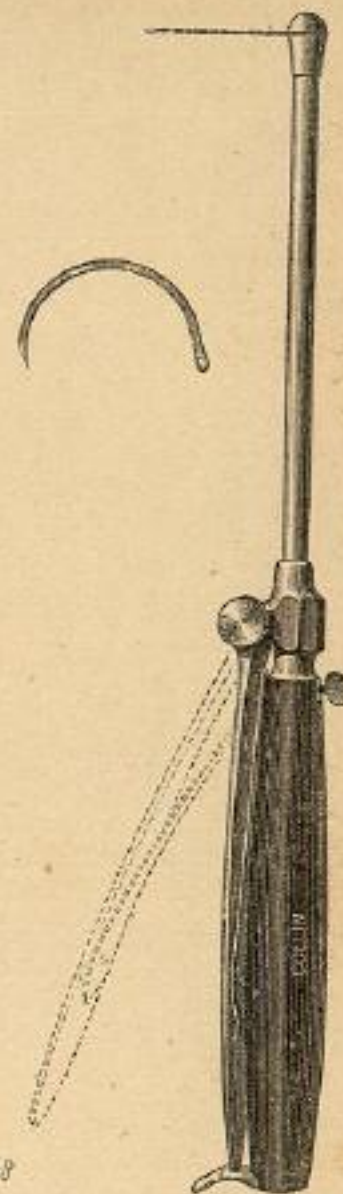


Fig. 153. — Porte-aiguille à arrêt, de Pozzi, pour petites aiguilles plates (de Hagedorn).

cales et les aiguilles de Hagedorn. Les aiguilles chirurgicales sont courbes suivant les faces, légèrement élargies en fer de lance vers la pointe et pourvues d'un chas allongé ouvert sur les faces. Celles qui servent le plus souvent sont courbées dans toute leur longueur et se rapprochent plus ou moins de la demi-

circonférence ; mais, pour le col, il est préférable de recourir à des aiguilles courbées seulement du côté de la pointe, en forme d'hameçon.

Les aiguilles de Hagedorn sont régulièrement plates, courbées selon

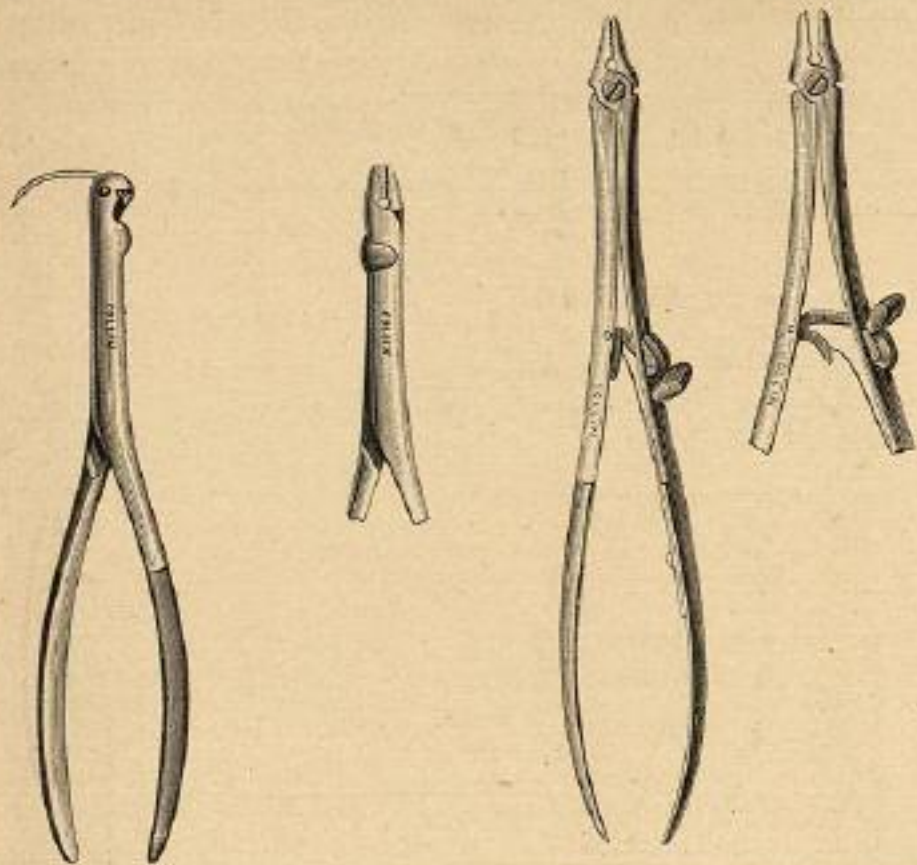


Fig. 154. — Porte-aiguille à arrêt, de Pozzi, pour grandes aiguilles plates (de Hagedorn).

Fig. 155. — Pince porte-aiguille, de Martin, modifiée par Collin.

Fig. 156. — Porte-aiguille à arrêt pour aiguilles ordinaires, fermé et ouvert.

es bords et terminées en biseau à leur pointe (fig. 152). Elles sont plus pénétrantes et moins fragiles que les premières ; de plus, la petite plaie longitudinale qu'elles produisent est moins apparente et a moins de tendance à s'étendre sous l'action des fils.

Les unes et les autres comprennent dix à douze grandeurs différentes.

B. PORTE-AIGUILLES. — Quand il s'agit de sutures exigeant plus de précision que de force, il est préférable de se servir de l'un des nombreux porte-aiguilles à cran d'arrêt. Pour les aiguilles ordinaires, il en existe des modèles innombrables. On choisira les moins compliqués au point de vue de la manœuvre et du net-

toyage (fig. 156). Pour les aiguilles de Hagedorn, les meilleures paraissent être les deux modèles de Pozzi, l'un pour les petites aiguilles et l'autre pour les grandes (fig. 153 et 154).

Si l'on doit traverser de grandes épaisseurs de tissus, il vaut mieux se servir de la simple pince de Martin, modifiée par Collin (fig. 155). Blondel lui a fait adapter un ressort qui maintient

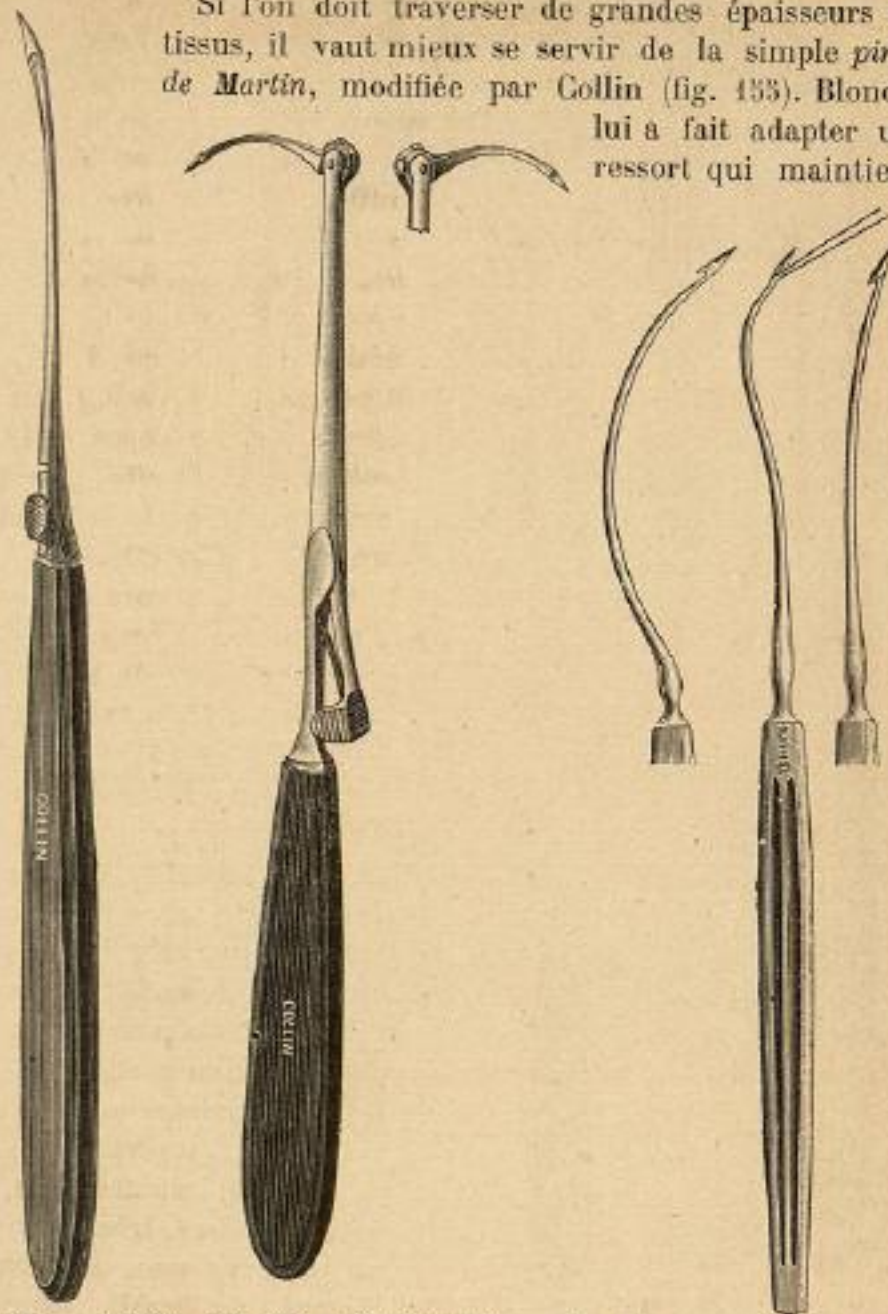


Fig. 157. — Aiguille montée à chas mobile, de Jacques Reverdin.

Fig. 158. — Aiguille montée à chas mobile, d'Augusto Reverdin.

Fig. 159. — Aiguilles montées à chas échancré.

les branches spontanément écartées dès que la main cesse de les comprimer, ce qui facilite beaucoup les manœuvres.

C. AIGUILLES MONTÉES. — L'aiguille de Jacques Reverdin (fig. 157), dont on peut faire modifier, à volonté, les dimensions et la courbure, se nettoie très bien, après démontage (voir chap. 1); elle est très pénétrante, saisit facilement et rapidement les fils et convient pour toutes les régions aisément accessibles.

Auguste Reverdin a fait construire un instrument similaire, mais d'orientation différente, qui peut être utilement employé pour les sutures cavitaires : il se compose d'aiguilles de divers modèles, à chas mobile, qui s'emmanchent à poste fixe, pour tout le temps désirable, perpendiculairement à l'axe d'un porte-aiguille spécial et soit à droite, soit à gauche des mors. Au repos, l'aiguille est fermée : il suffit, pour l'ouvrir, d'une simple pression sur un ressort (fig. 158).

On peut encore se servir d'aiguilles montées à chas échancré (fig. 159) ou de l'aiguille de Lamblin (fig. 160), qui répondent aux mêmes indications que l'aiguille de J. Reverdin, sont d'un nettoyage plus rapide, mais accrochent plus facilement les tissus.

La grande aiguille montée courbe, d'Emmet (fig. 161), est très commode pour les sutures profondes, en particulier dans la périnéorrhaphie.

D. FILS À SUTURE. — Le *cria de Florence*, imputrescible, parfaitement lisse, très solide sous un petit volume, est généralement préférable pour les sutures amovibles. Il remplace avec avantage le *fil d'argent*.

Fig. 160. — Aiguille montée de Lamblin.

Fig. 161. — Aiguille montée courbe d'Emmet.

Pour les sutures du col et du vagin, il offre l'inconvénient d'être plus difficile à retrouver que les autres fils, quand il s'agit de l'enlever.

Le *catgut*, non seulement se résorbe complètement dans les tissus, mais consolide la réunion immédiate en servant de gangue à une infiltration d'éléments jeunes : il *s'organise* (Lucas-Championnière). On l'emploie surtout pour les sutures *perdues* et pour les sutures *continues*. Mais, étant données les difficultés de sa préparation, beaucoup de chirurgiens lui préfèrent actuellement la soie pour ces deux usages. La facilité avec laquelle il se relâche, la rapidité de sa résorption, doivent le faire rejeter pour les ligatures vasculaires auxquelles la soie convient bien mieux.

Nous employons surtout le *catgut* pour les opérations sur le col quand nous les combinons aux colporrhaphies, afin d'éviter les difficultés de l'enlèvement ultérieur des fils, après rétrécissement du vagin (1).

2° **Modes de suture.** — On doit toujours chercher à obtenir une réunion primitive : la première condition à réaliser, dans ce but, est l'asepsie de la plaie ; la seconde, l'affrontement exact des surfaces cruentées et le placement méthodique des sutures. Toute plaie opératoire doit être symétrique et taillée de telle sorte que ses bords puissent s'adapter régulièrement, sans excès de tension comme sans trop de laxité. Autrement, les tissus se sectionnent sur les fils, ou bien il se produit des espaces morts où s'accumulent les liquides : dans les deux cas, la réunion est compromise.

Toute aiguille courbe doit être enfoncée, non pas perpendiculairement au tissu à traverser, mais suivant une ligne qui prolonge virtuellement sa courbure. En effet, toute pression qui tend à rapprocher ou à éloigner ses extrémités, provoquera sa rupture ou gênera, tout au moins, sa progression.

A. SUTURE À POINTS SÉPARÉS. — Les *points séparés* sont *profonds* ou *superficiels*. Les points d'entrée et de sortie des premiers doivent être d'autant plus éloignés des bords de la plaie que la suture est plus profonde. Le fil chemine sous toute la surface cruentée, ou bien accroche seulement, de loin en loin, les tissus profonds et ressort, entre temps, à la surface de la plaie. Dans le premier cas, l'aiguille doit avoir des dimensions proportionnées à l'étendue de la plaie ; si elle n'y suffit pas, on la passe en deux temps, en la faisant sortir complètement au milieu du trajet.

Les *points superficiels* doivent être faits avec des aiguilles et des fils plus fins que ceux employés pour les points profonds, et s'interposer régulièrement à ceux-ci. Les fils pénètrent et sortent très près

(1) Voir les expériences de Thomson sur la résorbabilité des fils, in *Cent. f. gyna.*, 1889, p. 409, et Th. Dumoret, 1889, p. 49.

des bords de la plaie et ne comprennent que le tégument, peau ou muqueuse, avec ou sans une faible épaisseur des tissus sous-jacents. Il est bon de placer d'abord les fils profonds, puis les superficiels et de nouer ceux-ci les premiers. On interpose souvent aux fils profonds et superficiels des fils *demi-profonds*.

Les fils doivent être plus ou moins espacés suivant les cas. Ils doivent être modérément serrés et d'autant moins qu'ils sont plus superficiels : on les assujettit par un nœud du chirurgien (fig. 162, n° 1), renforcé d'un deuxième nœud ordinaire pour la soie et le crin de Florence, et d'un troisième pour le catgut qui a plus de tendance à se relâcher. Dans certaines opérations autoplastiques, comme celles des fistules, lorsqu'on craint de déchirer un lambeau très mince en nouant le fil, on en fixe les chefs dans un tube de Galli ou un disque de plomb qu'on aplatit ensuite au moyen d'une pince.

Pour les sutures de l'intestin, on se servira de soie fine passée avec l'aiguille petit modèle de Reverdin, ou avec des aiguilles fines et courbes arrondies.

Pour assurer la réunion, au moment où l'on serre les fils, on refoulera les tissus qui tendent à faire hernie avec une pince fermée, une sonde cannelée, ou bien, on mettra les deux bords de la plaie en contact avec le pouce et l'index de chaque main ou avec deux pinces.

B. SUTURE CONTINUE. — La suture *continue simple* n'a d'autre avantage que sa rapidité. La suture *continue à étages* trouve son emploi dans les cas où la plaie est trop large ou trop profonde pour être sûrement affrontée par des points amovibles. Mais elle peut toujours être remplacée par des *points séparés perdus*.

L'aiguille, entilée d'un long fil, traverse d'abord un des angles de la plaie : on tire le fil et on le noue solidement en laissant un chef libre assez long pour être saisi dans une pince. Cette pince, confiée à un aide, servira à tendre les surfaces à réunir. L'aiguille pénètre alors en dehors du bord gauche de la plaie, ou en dedans, et à une distance variable, suivant que la suture est simple ou à étages, chemine dans la profondeur et ressort de l'autre côté. On tire le fil à fond, puis on continue de la même façon, par une série de tours de spire, passés comme un lacet dans les anneaux d'un corset, jusqu'à l'angle opposé de la plaie. La tension doit être suffisante pour assurer l'affrontement et assez modérée pour ne pas étrangler les tissus. Pour prévenir le relâchement des points de suture, l'aide doit tendre le fil au-dessous du point passé pendant que l'aiguille trace le point suivant.

Dans le cas de *suture continue simple*, quand le fil a parcouru toute la longueur de la plaie, on l'arrête au moyen d'un nœud, après avoir vérifié l'exactitude de l'affrontement. S'il s'agit d'une suture à étages, on recommence les points par un trajet rétrograde, en piquant les tissus en dehors des points d'entrée du pre-

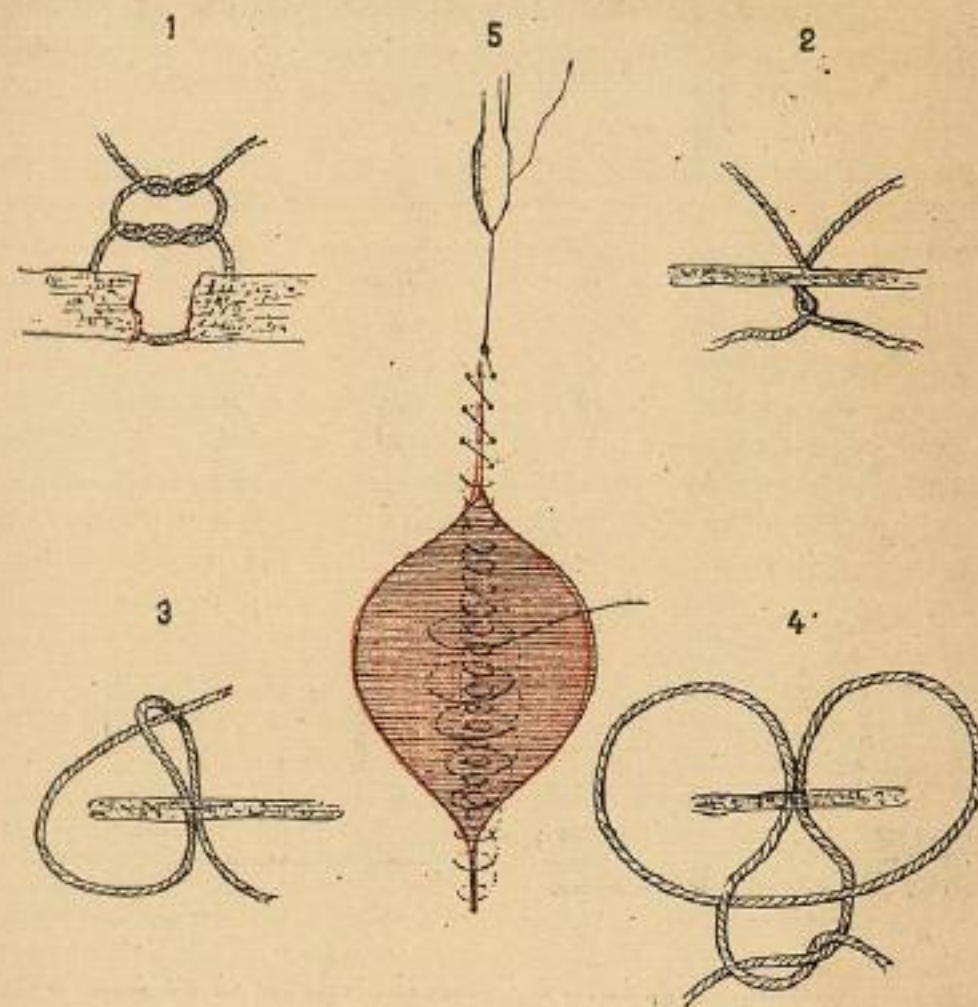


Fig. 162. — 1, nœud du chirurgien; 2, ligature en chaîne à deux chaînons : entre-croisement des chefs correspondants de deux fils accolés et provenant de la section d'une anse de fil dont on a traversé un pédicule; 3, nœud de Bantock; 4, nœud de Lawson Tait (Staffordshire Knot); 5, suture continue à étages superposés.

mier plan : on fait ainsi deux ou trois plans de sutures qui rapprochent de plus en plus les bords de la plaie (fig. 162, n° 5). Lorsque ceux-ci se trouvent amenés à une distance telle qu'ils puissent être affrontés sans tension exagérée, on assure leur coaptation par un dernier surjet continu ou par des points séparés (*suture mixte*).

II. — HÉMOSTASE

1° **Hémostase provisoire.** — Pour obtenir l'hémostase provisoire, au cours des opérations gynécologiques, on a généralement recours à la *forcipressure directe* (fig. 163 et 164) des vaisseaux ou à la *for-*

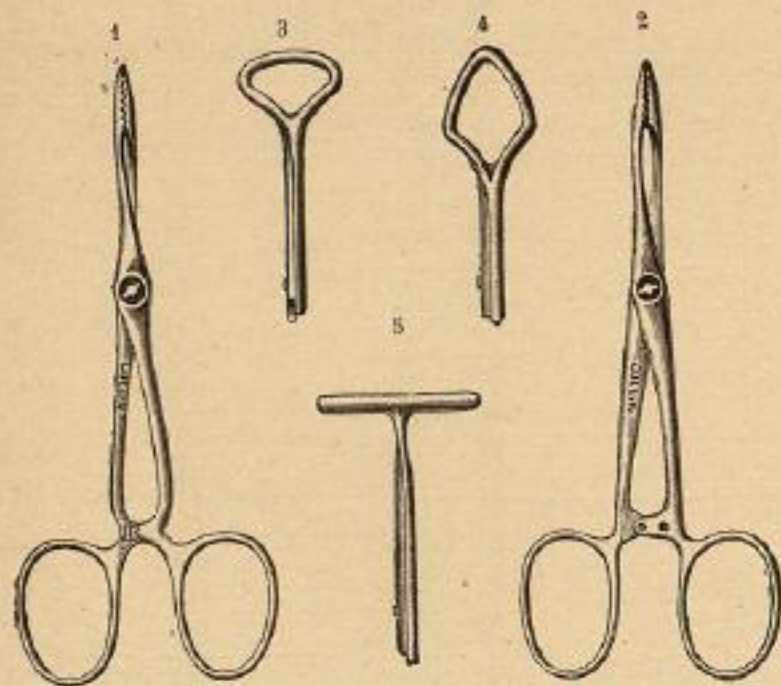


Fig. 163. — 1, petites pinces de Péan pour la forcipressure directe; 2, petites pinces de Koerberlé pour la forcipressure directe; 3, 4, petites pinces en cœur, et 5, petites pinces en T pour la forcipressure en masse.

pression en masse (fig. 165), à l'*irrigation chaude* et au *tamponnement*.

Martin a conseillé de faire précéder l'hystérectomie *cervicale* ou *totale* de la ligature médiate des utérines à travers les culs-de-sac vaginaux.

Nous parlerons plus loin de la *ligature élastique provisoire* avant l'hystérotomie et l'hystérectomie.

2° **Hémostase définitive.** — A. **SUTURE.** — La suture est le moyen d'hémostase le plus certain et le plus rapide, dans la plupart des opérations de petite gynécologie. En effet, les vaisseaux sectionnés pendant une opération sur le col, sur le vagin ou la vulve sont en général trop peu volumineux pour donner lieu à une hémorragie

inquiétante. Aussi, au lieu de perdre du temps à appliquer des pinces qui gênent les manœuvres, ou à faire des *ligatures isolées*, mieux vaut se hâter d'achever l'avivement et de suturer en

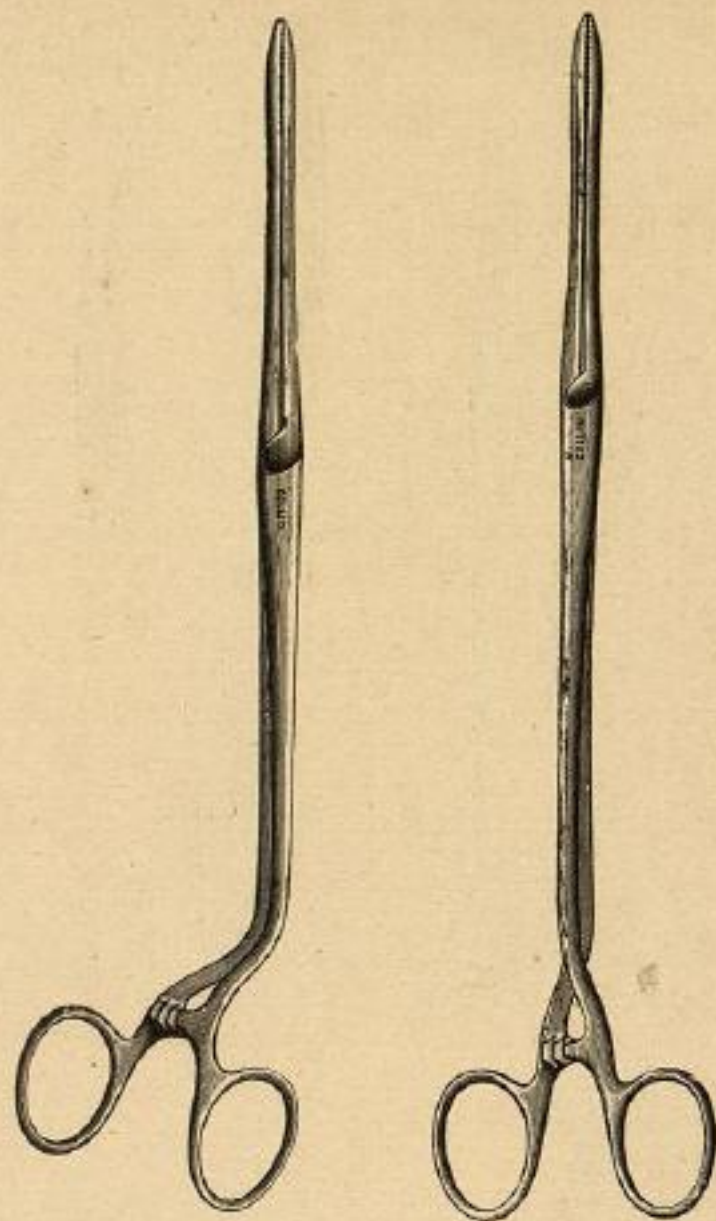


Fig. 164. — Grandes pinces (modèle Collin) pour la forcipressure directe.

passant les premiers points au-dessous des vaisseaux qui donnent le plus.

B. **LIGATURE DIRECTE.** — La *ligature directe* a été particulièrement conseillée pour les vaisseaux du moignon utérin après l'hystérec-

tomie et pour ceux des pédicules annexiels charnus et friables.

C. LIGATURE EN MASSE. — La *ligature en masse* est d'un usage courant. Elle doit être perpendiculaire aux tissus qu'elle enserre, sans

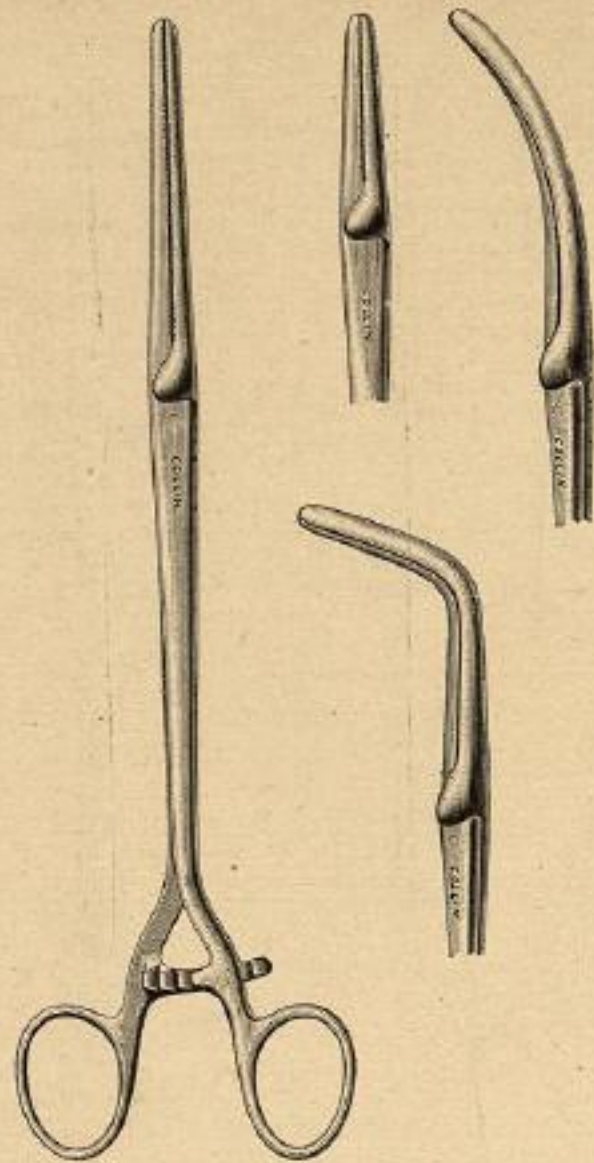


Fig. 165. — Pincettes à longues branches et à mors plus ou moins longs (ces derniers préférables), droits, courbes et coudés, pour la forcipressure en masse.

quoi elle glisse. D'une façon générale, pourvu qu'elle ne soit pas trop grosse, la soie tressée plate est le meilleur agent de constriction; mais le caoutchouc permet d'entourer une plus grande quantité de tissus.

La ligature en masse *ordinaire* se compose d'un *nœud du chirur-*

gien (fig. 162, n° 1) ou d'un *nœud simple* (plus facilement serré et fixé provisoirement avec une pince), surmontés, l'un ou l'autre, d'un deuxième *nœud simple*.

Lorsque le pédicule à serrer est mince, on se contente d'une ligature ainsi faite.

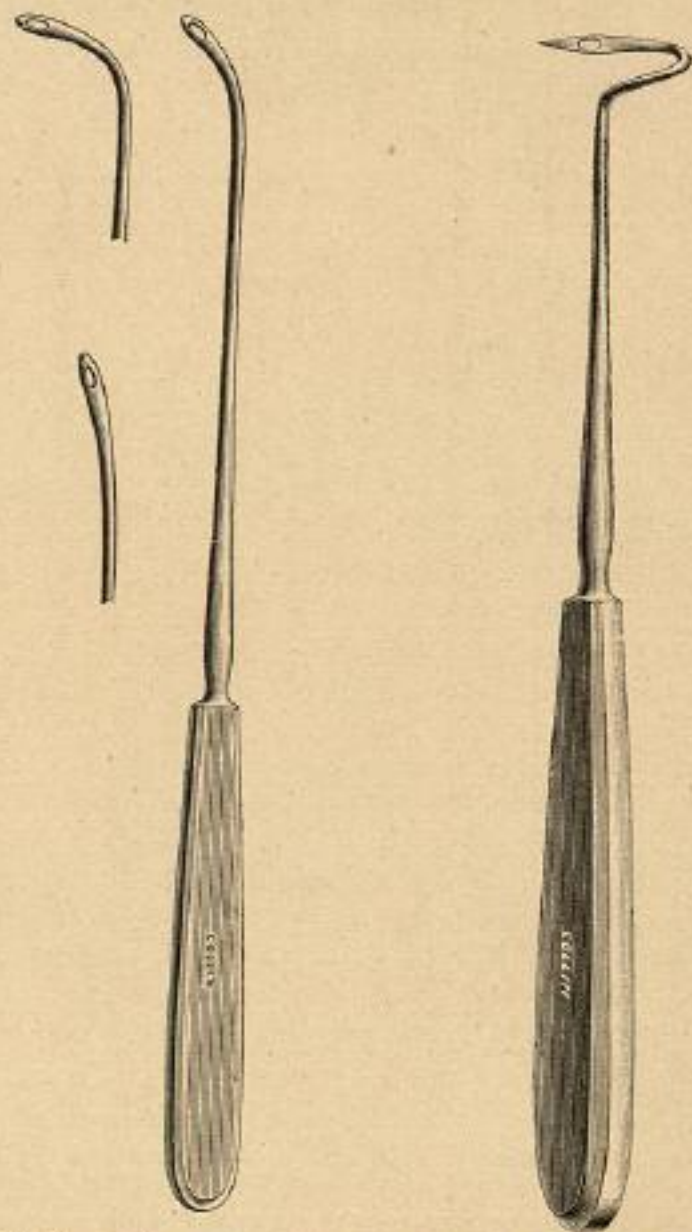


Fig. 166. — Aiguille montée, mousse, plus ou moins courbe du bout, suivant son axe. Fig. 167. — Aiguille de Deschamps pointue.

S'il est de moyen volume, on le traverse en son milieu avec une aiguille plus ou moins courbe du bout suivant son axe (fig. 166), ou avec une aiguille de Deschamps, pointue (fig. 167) ou

mousse, suivant l'épaisseur et la résistance des tissus, et armée d'un fil double. Puis on sectionne l'anse en son milieu et on noue, de part et d'autre, les deux fils qui résultent de cette section, après les avoir *entre-croisés* (fig. 162, n° 2); ou bien, on a recours aux *nœuds spéciaux de Bantock* ou de *L. Tait* (fig. 162, nos 3 et 4).

Si le pédicule est très large, comme celui de certains kystes, on emploie la *ligature en chaîne*, à chaînons plus ou moins nombreux.

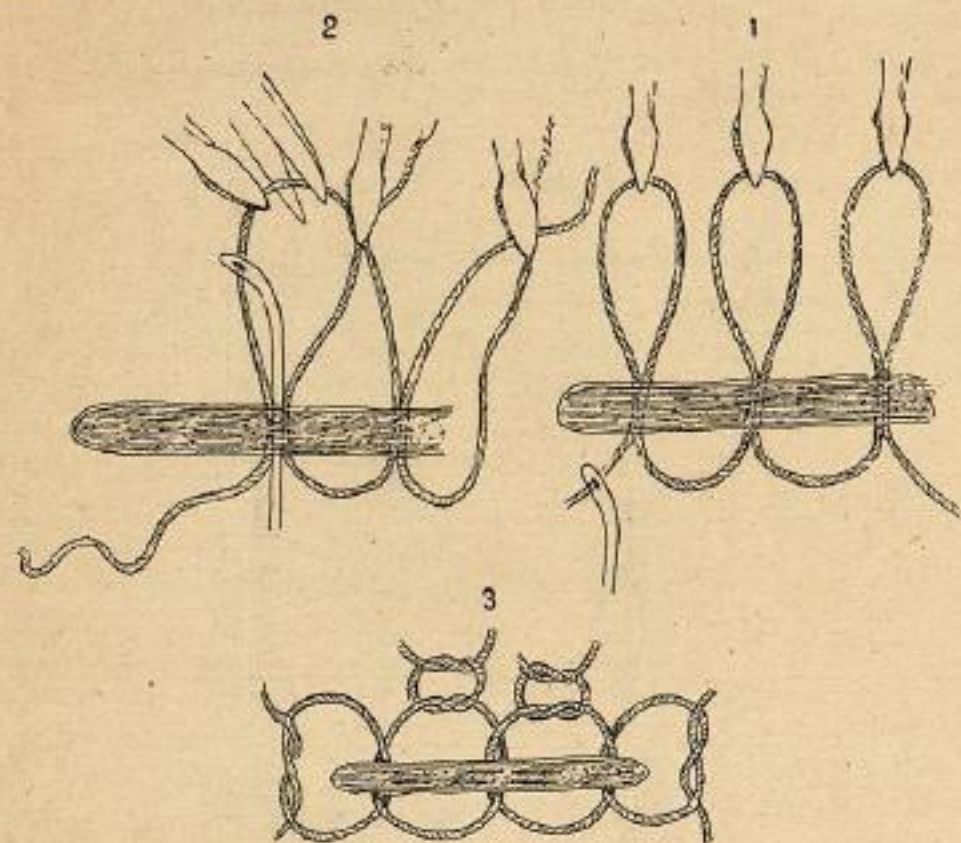


Fig. 168. — Ligature en chaîne. — 1, première manière : on constitue toutes les anses avant de les séparer (Wallich); 2, deuxième manière : on sépare les anses à mesure; 3, les fils sont croisés, noués et prêts à être serrés.

Nous conseillons de la pratiquer de la façon suivante (fig. 168, n° 2) : On traverse une première fois le pédicule, près d'une de ses extrémités, avec l'aiguille armée d'un très long fil double, à chefs inégaux; l'anse étant saisie et attirée dans une pince, on retire l'aiguille, sans la désenfiler, en la faisant glisser sur le chef le plus long; on sectionne le fil près de la pince, on saisit dans cette pince les deux chefs qui doivent être noués ensemble et, dans une autre pince, celui qui correspond à l'aiguille. On traverse de nouveau le pédicule avec l'aiguille qui

entraîne le fil; une deuxième anse est ainsi formée, attirée et sectionnée; on joint au fil déjà fixé dans la deuxième pince, le chef qui lui correspond; on fixe l'autre chef dans une troisième pince, on retire de nouveau l'aiguille en la faisant glisser sur le fil, et l'on continue ainsi jusqu'à ce que tout le pédicule soit divisé en faisceaux d'égal volume. On croise entre eux les fils voisins; enfin on les noue (fig. 168, n° 3), et, pour pouvoir exercer le degré de constriction voulue, on libère à mesure le pédicule du tissu de la tumeur.

Wallich passe toutes les anses de fil avant de les sectionner (fig. 168, n° 1).

On peut encore procéder de la façon suivante : On passe d'abord un première anse de fil qu'on sectionne; puis on introduit l'aiguille à vide, à une certaine distance; on la charge du fil le plus voisin et d'un autre fil simple, et on la fait rétrograder; on la repasse à vide un peu plus loin, et ainsi de suite.

Ou bien encore, en supposant que trois chaînons soient suffisants, on passe, à égale distance des extrémités du pédicule, deux anses séparées; on les sectionne; on entre-croise deux à deux les quatre fils résultant de cette section; on noue aux deux extrémités du pédicule les deux fils extrêmes; puis, sur chacune des faces, et en même temps, les chefs correspondants des deux autres fils.

Mais nous préférons de beaucoup la première façon de procéder.

D. FORCIPRESSURE EN MASSE. — La *forcipressure en masse* n'est guère utilisée, pour l'hémostase définitive, comme procédé de choix, que dans l'hystérectomie vaginale (voir livre IV, chap. II).

E. TAMPONNEMENT HÉMOSTATIQUE. — Le *tamponnement hémostatique* trouve surtout son emploi dans le cas d'hémorragie d'origine utérine (voir *Tamponnement vaginal* et *Tamponnement intra-utérin*, livre II, chap. II et III), et dans les cas d'hémorragie en nappe de la cavité péritonéale (livre IV, chap. I).

CHAPITRE IV

ÉLECTRISATION

I. — ÉLECTRISATION STATIQUE

L'*électrisation statique* générale, avec étincelles sur la partie supérieure du rachis et sur les lombes, s'est montrée efficace dans quelques cas d'aménorrhée et de dysménorrhée, au bout de dix à