

LIVRE II

OPÉRATIONS EXTRA-PÉRITONÉALES

CHAPITRE PREMIER

OPÉRATIONS SUR LES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

I. — OPÉRATIONS SUR L'URÈTHRE

1° Cathétérisme évacuateur.

Le cathétérisme évacuateur doit être pratiqué avant toute opération gynécologique et à la suite d'un bon nombre d'entre elles, soit pour obvier à la parésie vésicale, soit pour obtenir une immobilité absolue ou pour prévenir la souillure du pansement.

On ne saurait trop veiller à l'asepsie de la sonde que l'on choisira en métal nickelé ou en verre, légèrement courbe et pourvue d'une ouverture terminale en biseau, plutôt que latérale. Avant de s'en servir, on la flambera ou on la fera bouillir et on se dispensera, autant que possible, de l'enduire de vaseline qui, en tout cas, devra être aseptique, soit boriquée ou salolée.

Après usage, la sonde sera lavée, égouttée, flambée et conservée dans un tube de verre bien bouché.

Le cathétérisme, chez la femme, est une opération des plus simples. Après avoir écarté les petites lèvres avec le pouce et l'index de la main gauche, on reconnaît le tubercule antérieur du vagin, au-dessus duquel se trouve le méat; on aseptise celui-ci par un lavage rapide avec un tampon d'ouate et on dispose, s'il y a lieu, un autre tampon destiné à protéger l'ouverture du vagin et le périnée. On introduit alors la sonde avec douceur en la tenant éloignée des petites lèvres et en abaissant un peu son pavillon. L'urine écoulée, on appuie le pouce sur l'ouverture extérieure de l'instrument et on le retire rapidement: on évite ainsi toute effusion d'urine sur la vulve.

Le sondage doit être répété toutes les cinq ou six heures, en général; plus souvent après l'hystéropexie, l'Alexander, etc.

Quand le fonctionnement de la vessie tarde à se rétablir et que l'on peut remuer la malade, on arrive souvent à la faire uriner en l'asseyant et en lui faisant incliner légèrement le haut du corps en avant.

Il faut être très réservé dans l'emploi de la sonde à demeure et la changer tous les jours ou, au moins, tous les deux jours. La meilleure sonde à demeure nous paraît être celle de Petzer qui se maintient très bien en place, grâce à l'ampoule qui la termine du côté de l'œil. Pour l'introduire, il suffit de distendre l'ampoule avec une sonde ordinaire en métal dont on se sert comme d'un mandrin.

2° Opérations pour épispadias et hypospadias.

Si le sphincter vésical n'est pas intéressé, il n'y a généralement pas d'incontinence et l'intervention n'est pas indispensable.

Testelin a pu guérir un épispadias de petites dimensions avec des cautérisations répétées à la potasse caustique.

La méthode de choix consiste à aviver et à suturer les deux lèvres de la fente, en donnant, par un avivement oblique, le plus d'étendue possible aux surfaces à coapter (Roser, Schröder, Dohrn, Richelot).

En cas d'écartement plus considérable des bords, il serait indiqué de recourir à l'autoplastie par dédoublement, suivant un procédé analogue à ceux qui ont cours pour les fistules vaginales.

3° Opérations pour rétrécissement de l'urèthre.

Le rétrécissement de l'urèthre, chez la femme, qu'il soit traumatique, blennorrhagique ou syphilitique, est rarement assez serré pour nécessiter une intervention chirurgicale.

En cas d'échec de la dilatation simple, l'électrolyse a donné de bons résultats. On peut encore recourir, suivant le siège de la coarctation, au débridement du méat, ou à l'uréthrotomie interne, précédée et suivie de la dilatation.

Enfin, comme ressource extrême, on pourrait créer, par uréthrotomie externe, une fistule uréthro-vaginale, en suturant, après incision, la muqueuse uréthrale à la muqueuse vaginale et en prenant garde de ne pas intéresser le sphincter vésical dans l'incision (Voir: *Opér. p. fistules vésico-vagin.*).

4^o Opérations pour dilatation de l'urèthre.

Les procédés employés ont pour but de produire un rapprochement aussi intime que possible des parois de l'urèthre, soit en les diminuant (Schröder), soit en bridant la paroi postérieure au moyen d'une opération plastique (Pawlik).

a. **Procédé de Schröder** (1). — On sépare, par une incision bilatérale, les parois antérieure et postérieure du conduit (fig. 178); on allonge les deux surfaces d'avivement qui occupent la paroi anté-

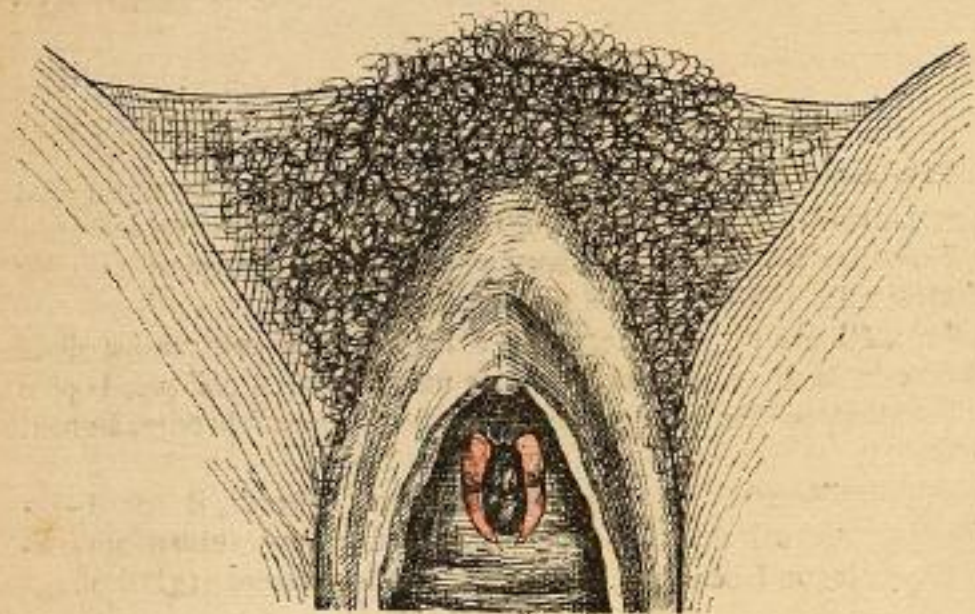


Fig. 178. — Procédé de Schröder contre la dilatation de l'urèthre (d'après Hofmeier).

rieure, puis on attire la paroi postérieure en haut et en avant, de manière à affronter ses surfaces cruentées avec celles de la paroi antérieure.

Les parois uréthrales sont ainsi allongées en même temps que le méat est rétréci et reporté plus haut et plus avant.

b. **Procédé de Pawlik** (2). — Ce procédé consiste à enlever latéralement deux fragments cunéiformes de tissu, à base vaginale allongée, à sommet profond, et légèrement incurvés en dedans, puis à suturer les deux lèvres de l'avivement en attirant l'urèthre

(1) Schröder, *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd V, p. 324.

(2) Pawlik, *Wien. med. Woch.*, 1883, nos 25 et 26.

vers le clitoris. L'opération se fait en deux fois, c'est-à-dire d'un côté d'abord, puis de l'autre, à une semaine d'intervalle.

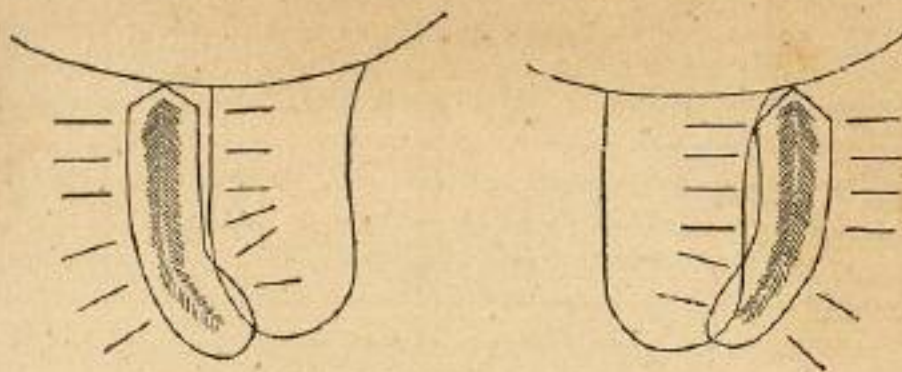


Fig. 179. — Procédé de Pawlik contre la dilatation de l'urèthre (d'après Hofmeier).

L'urèthre est ainsi tendu transversalement, et ses parois appliquées l'une à l'autre.

c. **Procédé de Winckel** (1). — Il excise, hors du septum uréthrovaginal, un lambeau en forme de coin dont le sommet pénètre jusque dans le canal urétral et dont la base est dirigée vers le vagin, puis il suture les bords de la plaie sur un cathéter introduit dans la vessie.

d. **Colporrhaphie sous-urétrale**. — Lorsque la dilatation est peu marquée, on peut se contenter d'exciser, sur la paroi vaginale de l'urèthre, un lambeau ovalaire et de suturer les bords de la plaie.

5^o Opérations pour tumeurs de l'urèthre.

Les tumeurs de l'urèthre, le prolapsus de la muqueuse uréthrale, ne nécessitent pas de procédés opératoires spéciaux. Si la tumeur siège assez haut, il faut se donner du jour en débridant la paroi inférieure ou supérieure du conduit. On donnera la préférence à l'incision sur les différents procédés de ligature. L'hémostase par thermo-cautérisation est ordinairement suffisante. Cependant un point de suture au catgut ou à la soie provoque, par la suite, moins de douleurs et n'expose pas à la sténose.

On laissera une sonde à demeure pendant quelques jours.

(1) Winckel, *Die Krank. der Weibl.* Stuttgart, 1886.

II. — OPÉRATIONS SUR L'HYMEN

1° Incision de l'hymen.

L'incision de l'hymen se fait au thermo-cautère ou au bistouri, après anesthésie à la cocaïne. S'il existe un hémocolpos abondant, il est bon de ne faire, tout d'abord, qu'une simple ponction qu'on transforme, dans la même séance ou quelques jours après, en une incision cruciale allant jusqu'à l'insertion vaginale de l'hymen. L'hémorrhagie est ordinairement très modérée : toutefois, si l'hymen est épais, on peut être obligé de recourir à la suture en surjet.

2° Excision de l'hymen.

Cette opération est généralement préférable à l'incision simple.

L'hymen, étant saisi avec une pince, est tendu et attiré en bas ; puis on le transperce à sa base avec un bistouri pointu, et on l'excise sur toute sa circonférence. Un fin surjet, au catgut ou à la soie, jeté sur le pourtour de l'avivement, assure à la fois l'hémostase et la réunion.

III. — CLITORIDECTOMIE

La *clitoridectomie*, c'est-à-dire l'excision du clitoris normal ou hypertrophié, se pratique aux ciseaux ou au bistouri. Le clitoris est attiré en avant au moyen d'une pince à griffes et on le résèque profondément. On termine par un ou deux points de suture.

IV. — OPÉRATIONS SUR LES LÈVRES DE LA VULVE

1° Débridement de la vulve.

Le *débridement méthodique* de la vulve est conseillé par Chaput, à titre d'opération préliminaire, dans tous les cas d'étranglement de l'orifice vulvaire, qu'il s'agisse d'étranglement absolu (vierges et vieilles femmes) ou relative (grosses tumeurs, fistules haut placées, utérus fixé).

L'incision doit se faire par transfixion. Oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, elle passe, en son milieu, à deux centimètres du centre de la fourchette, s'étend de ce point vers l'ischion, sur une longueur de 5 centimètres et, d'autre part, dans

le vagin sur une égale étendue. Le débridement peut être simple ou double. Celui-ci donne à la vulve des dimensions considérables (fig. 180), soit 10 à 15 centimètres d'avant en arrière et transversalement.

L'hémostase étant faite par forcipressure, on pratique l'opération

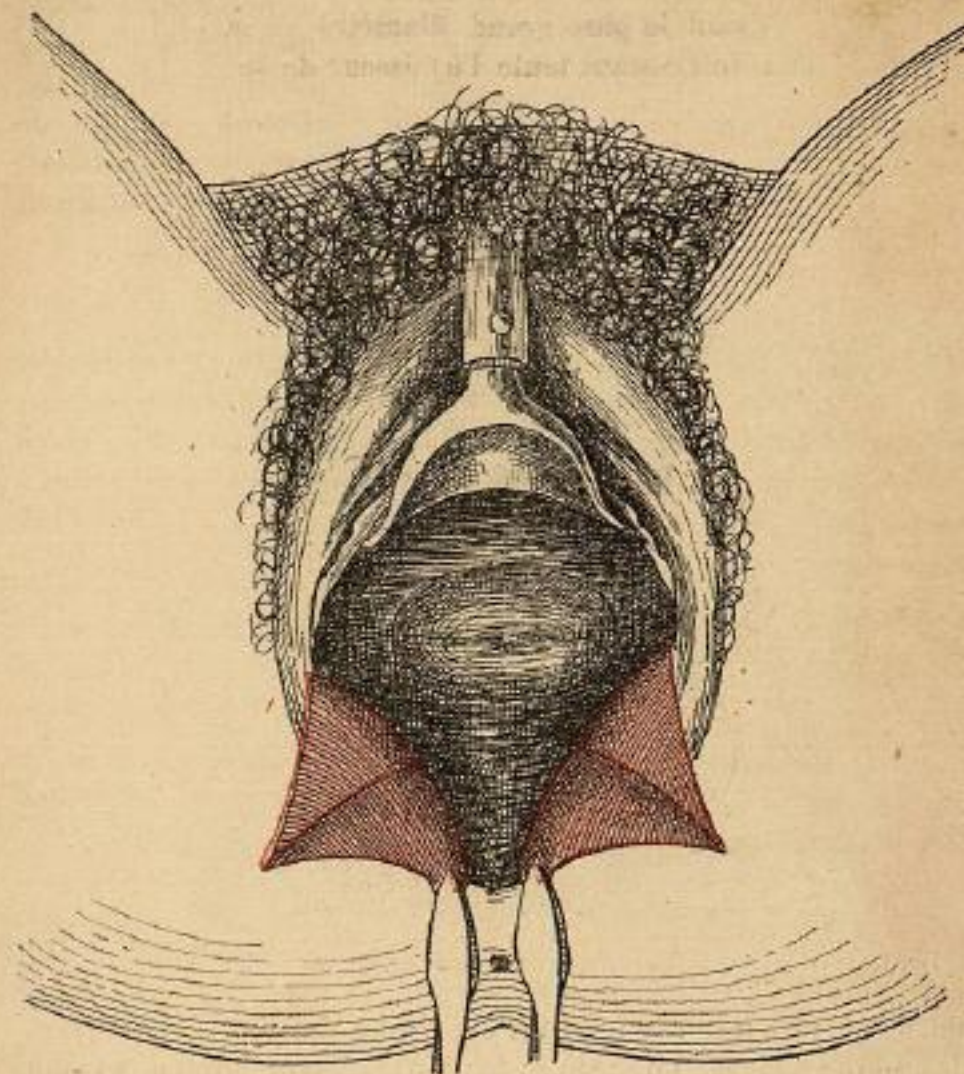


Fig. 180. — Débridement bilatéral de la vulve (Chaput).

principale, puis on réunit la plaie par des fils profonds et des fils superficiels.

Le fil profond, le premier placé, doit correspondre aux angles latéraux de la surface cruentée, c'est-à-dire, au milieu de l'incision, puis on applique successivement les sutures vaginales et les sutures cutanées, en procédant de haut en bas.

2° Extirpation des tumeurs des lèvres

A. Extirpation des tumeurs solides.

a. **Tumeurs circonscrites.** — On les enlève par *enucléation*.

On trace, suivant le plus grand diamètre de la tumeur, une longue incision intéressant toute l'épaisseur de la peau et la cap-



Fig. 181. — Tumeur très vasculaire de la vulve opérée par Schröder (Hofmeier).

sule, s'il y en a une ; on écarte les lèvres de cette incision, on saisit solidement la tumeur avec des pinces à griffes, puis, avec le doigt ou un instrument mousse, on la libère, en sectionnant au besoin, avec des ciseaux, les filaments cellulaires trop résistants. On pince provisoirement les vaisseaux ouverts ou on les tord ; les plus volumineux, généralement situés dans la profondeur, peuvent exiger la ligature.

Si la peau est altérée en un point ou paraît devoir être en excès, au lieu de faire une incision simple, on circonscrit, par une incision elliptique, et à l'endroit voulu, un fragment cutané qui est enlevé avec la tumeur.

La cavité, résultant de l'enucléation, est fermée par un surjet profond au catgut et par des points séparés, superficiels et demi-profonds, au crin de Florence.

Il peut se faire que la coaptation des deux parois ne puisse être complète et que l'on doive se contenter de les réunir dans la profondeur.

b. **Tumeurs infiltrées** (fig. 182). — Ce sont généralement des néo-

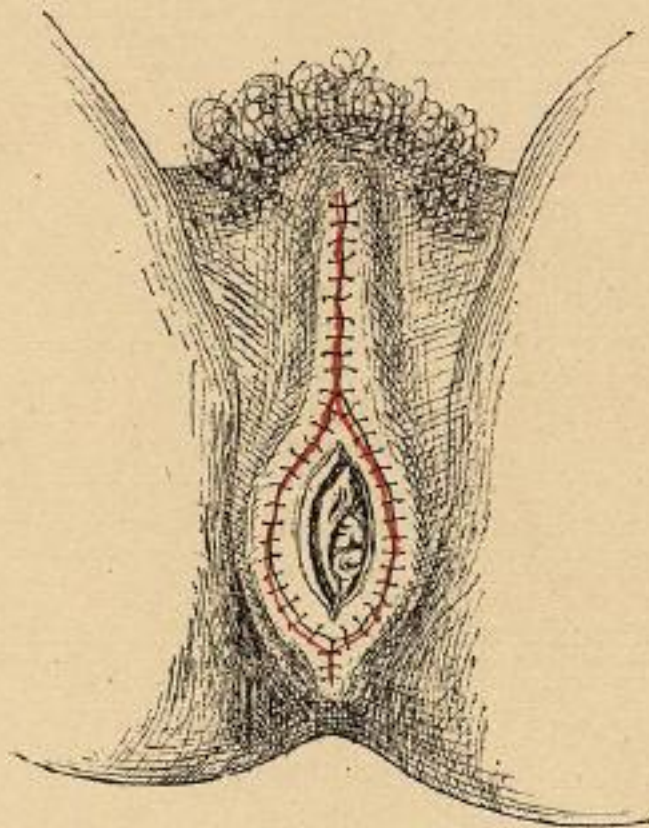


Fig. 182. — Disposition des sutures après l'ablation de la tumeur précédente (Hofmeier).

plasmes de mauvaise nature ; aussi faut-il faire en sorte de dépasser leurs limites de plusieurs centimètres.

On recherchera, autant que possible, la réunion primitive qui pourra donner une ligne de suture assez tortueuse (fig. 182).

Si l'étendue de la tumeur s'y oppose, on commencera par une ablation aussi large que possible au bistouri, puis l'on cautérisera profondément le reste des tissus suspects au thermo-cautère. On assurera l'hémostase par des sutures partielles ou en masse.

Quand la tumeur est péri-urétrale, on s'aide, pour la détacher, d'une sonde introduite dans le canal.

Il ne faut pas manquer d'extirper les ganglions inguinaux s'ils semblent altérés.

Fritsch, Kuester, conseillent de le faire dans tous les cas.

c. **Tumeurs pédiculées.** — Elles se traitent par excision simple, suivie ou non de ligature ou de suture.

B. Extirpation des kystes des glandes de Bartholin.

Nous croyons utile d'insister davantage sur cette opération : On réunira les instruments suivants : appareil irrigateur, bistouri et ciseaux courbes, pince à disséquer, écarteurs, pinces à forcipressure, serres-fortes de Doléris, sonde cannelée, spatule, porte-aiguilles, aiguilles courbes moyennes et petites, catgut n° 1 et crin de Florence.

Un aide commence par pincer la grande lèvre, entre le pouce et l'index allongés au-dessous du kyste, de façon à le faire saillir sous la peau. Cette manœuvre facilite beaucoup l'incision des téguments ainsi que l'énucléation de la tumeur et suffit ordinairement à l'hémostase préventive ; on ne l'exercera qu'avec certains ménagements si le kyste est suppuré, pour en éviter la rupture.

Une incision, dépassant quelque peu la tumeur, est alors pratiquée sur la limite des nymphes et des grandes lèvres et pénètre, couche par couche, jusqu'à la capsule. Celle-ci présente une coloration gris bleuâtre quand son contenu est muqueux et se distingue plus difficilement quand elle renferme du pus.

On a conseillé d'inciser sur la face externe des grandes lèvres (Velpeau, Vidal de Cassis, Fauvel, du Havre). Mais en se portant ainsi en dehors, ce qui, d'ailleurs, laisserait une cicatrice visible, on se trouve, après l'extirpation, en présence d'un lambeau interne beaucoup trop large et trop mince. Il peut en résulter un sphacèle plus ou moins étendu, d'où béance consécutive de la vulve et tendance à la colpocèle.

Arrivé sur la paroi du sac, on la détache progressivement, d'avant en arrière, avec la spatule d'abord, puis avec le doigt, en sectionnant à mesure les brides les plus adhérentes. Les bords de la plaie cutanée sont maintenus écartés à l'aide de pinces à forcipressure fixées assez avant sur les lambeaux, ou mieux, avec les serres-fortes (pour éviter le sphacèle par compression) et, plus tard, avec des écarteurs. Il est préférable de commencer la décortication par la face interne moins adhérente que l'externe. Dès que le kyste est suffisamment libéré, on le saisit délicatement avec une compresse éponge pour l'immobiliser. L'hémostase est faite par forcipressure, ou simplement, par compression à l'aide de tampons interposés entre le kyste et sa poche celluleuse. On évitera particu-

lièrement de sectionner l'artère transverse du périnée, à l'angle inférieur de la plaie, et le bulbe.

Les manœuvres de décortication exigent beaucoup de patience et de soin, étant donnés les adhérences et les diverticules de la glande qui, parfois, vont jusqu'à contourner l'ischion et qu'il faut absolument enlever en entier, sans crever la poche, autant que possible. Pour les faciliter, Pozzi conseille d'injecter dans le kyste, après en avoir évacué le contenu, du spermaceti liquéfié au bain-marie, à une température relativement basse, et solidifié ensuite par la glace pilée.

Quand on est arrivé sur le pédicule vasculaire, on le sectionne après y avoir placé une ligature au catgut. Cette ligature constitue le point de départ d'un surjet à étages à l'aide duquel on ferme les parties profondes de la plaie. La réunion est complétée superficiellement à l'aide de points séparés au crin de Florence.

Pour assurer l'asepsie de la plaie, nous conseillons de la recouvrir, après l'avoir cimentée d'iodoforme, avec une bande étroite et épaisse de gaze iodoformée que l'on fixe à l'aide de deux ou trois crins intermédiaires aux crins de la suture, passés en même temps que ceux-ci, mais qu'on aura évité de nouer en même temps qu'eux.

Ce procédé est d'ailleurs applicable à toutes les plaies de la même région. Le vagin est tamponné à l'iodoforme et la réunion doit être obtenue, par première intention et sans drainage, sous une compression légère avec un bandage en T.

3° Sections et résections diverses.

A. **Pour soudure des lèvres.** — La *soudure congénitale* des petites lèvres, observée parfois chez les petites filles, cède généralement à une traction divergente. Si l'adhérence est plus intime, ou acquise et cicatricielle, on incise au bistouri ou aux ciseaux, en se guidant sur une sonde cannelée introduite dans le plan médian.

Les grandes lèvres peuvent être également soudées à leur partie postérieure sur une hauteur plus ou moins grande ; on les sépare de la même façon.

B. **Pour hypertrophie des petites lèvres.** — L'excision des petites lèvres hypertrophiées se fait de préférence aux ciseaux ou au bistouri et l'on ferme les surfaces cruentées avec une suture en surjet, en ayant soin de ne pas trop la serrer.

C. **Pour le vaginisme.** — a. PROCÉDÉ DE SIMS. — Après avoir excisé l'hymen ou ses débris, ou tout autre point hyperesthésique du pourtour vulvaire, Sims fait, de chaque côté de la ligne médiane,

une double incision en V aboutissant, par chacune de ses branches, au raphé périnéal et se continuant, par une petite incision longitudinale qui la transforme en Y, jusqu'à 1 centimètre 1/2 du sphincter anal. Dans son tiers inférieur, cette incision en Y comprend le tissu vaginal, le sphincter du vagin et une partie du transverse du périnée. Dans la suite, Sims dilate la vulve au moyen d'une grosse bougie de verre appliquée pendant deux heures, matin et soir, et durant plusieurs semaines.

b. PROCÉDÉ DE TILLAUX. — Tillaux (1) sectionne les filets nerveux de la vulve au moyen d'une incision en V parallèle au bord de l'orifice et dont les deux moitiés viennent aboutir à la commissure postérieure. L'opération est précédée, comme dans celle de Sims, de l'excision de l'hymen et suivie de la dilatation forcée.

c. PROCÉDÉ DE SIMPSON. — Simpson a conseillé, dans le même but, la névrotomie du *honteux interne*.

4° Dilatation de la vulve.

La dilatation de la vulve, qui s'adresse, comme les opérations précédentes, au vaginisme, est lente et graduelle ou forcée.

A. Dilatation graduelle. — Elle se fait avec des bougies de calibre progressif que la malade peut s'appliquer elle-même, après les avoir enduites ou non d'une pommade à la cocaïne, ou encore, avec des ballons dilatateurs, des éponges préparées.

B. Dilatation forcée. — La malade étant dans le décubitus dorso-sacré anesthésiée et d'une façon complète par crainte de la syncope, on introduit dos à dos, dans l'orifice vulvaire, les deux pouces ou l'index et le médius de chaque main et on les maintient écartés, au maximum pendant deux ou trois minutes, en évitant de produire des fissures. On peut remplacer les doigts par deux valves qu'on fait agir sur tout le pourtour de l'orifice et en particulier, comme le conseille Verneuil, sur le plancher périnéal.

Il est bon de terminer par un tamponnement assez serré du vagin avec la gaze iodoformée.

S'il y a synergie spasmodique du sphincter anal, on ne manquera pas d'en pratiquer aussi la dilatation.

V. — PÉRINÉORRHAPHIE

Appareil instrumental. — Ciseaux courbes et ciseaux coudés, pinces à disséquer, porte-aiguilles et aiguilles courbes, grandes et petites,

(1) Tillaux, *Annales de gynéc.*, avril 1886.

aiguilles montées d'Emmet, de Reverdin, appareil à irrigation continue. Comme fils : crins, catgut ou fil d'argent, suivant les circonstances.

1° Périnéorrhaphie immédiate.

Il faut d'abord s'orienter de façon à rapprocher de l'œil et des doigts les lèvres divergentes de la déchirure, ce qui exige une certaine attention, étant donnés la déformation et le déplacement des parties. On procédera ensuite à l'asepsie et à l'excision des lambeaux qui paraîtront trop grêles ou trop contus pour offrir des garanties suffisantes de vitalité. Cette précaution est indispensable pour obtenir la réunion primitive.

Si l'on opère immédiatement ou peu après l'accouchement et qu'il ne s'agisse que d'une déchirure incomplète, on peut se passer de l'anesthésie.

a. Suture à points séparés. — Pour les déchirures superficielles ou plus profondes, mais incomplètes, le mieux nous paraît être de recourir aux points séparés au crin de Florence.

b. Suture à étages. — Pour les déchirures complètes, il est préférable d'employer le surjet de catgut, à étages superposés, tel que l'a recommandé Doléris.

A l'aide du premier plan, le plus profond, on fermera de haut en bas la paroi rectale proprement dite, sans traverser la muqueuse, et de façon à la recroqueviller en dedans, comme dans la suture de Lembert. Le second plan de sutures, au début de sa course, ira chercher les deux bouts du sphincter divisé et devenu transversal, pour les rapprocher l'un de l'autre. On fera, au besoin, un troisième et un quatrième plan et l'on terminera par des points séparés, superficiels, au crin de Florence.

2° Périnéorrhaphie tardive.

La périnéorrhaphie tardive a pour but de restaurer les déchirures périnéales cicatrisées. Ici, la régularisation des surfaces est remplacée par un avivement que l'on s'efforcera de faire symétrique et que l'on prolongera au delà des limites de la déchirure, sans se préoccuper, du reste, d'en suivre les contours.

Les soins préliminaires consistent surtout à assurer la déplétion de l'intestin au moyen d'un purgatif administré l'avant-veille et d'un lavement la veille au soir.

Deux méthodes principales sont en présence : dans l'une, l'avive-

ment se fait *en surface* et par *excision* ; dans l'autre il se fait par *dédoublement* de tissus. Cette dernière méthode, ou *méthode à lambeaux*, préconisée par Lawson Tait, est certainement la meilleure.

Les quatre procédés suivants suffisent, selon nous, pour toutes les variétés de déchirures périnéales et l'emportent, sur tous les procédés similaires, par la simplicité et la rapidité de leur exécution et par la sûreté de leurs résultats ; ce sont :

1° Le *procédé à valve semi-lunaire de Tait*, qui convient aux cas de simple insuffisance du périnée, sans rupture musculaire importante, extérieure ou sous-cutanée et sans colpocèle, circonstances rares. — 2° Ce même procédé, modifié par Doléris, sous le nom de *colpopérinéoplastie par glissement*, pour les cas de rupture incomplète du périnée, avec colpocèle inférieure, accompagnée ou non de rectocèle, et sans affaissement marqué du plancher pelvien. — 3° La *colpopérinéorrhaphie de Hégar* (que nous décrirons au chapitre des opérations vaginales), applicable aux déchirures incomplètes avec colpocèle étendue. — 4° Le *procédé à double lambeau de Tait*, le meilleur pour les déchirures complètes avec rupture plus ou moins élevée de la cloison recto-vaginale.

A. Méthode à lambeaux.

A. Procédé à valve semi-lunaire de Tait. — Ce procédé est généralement décrit, dans nos traités de gynécologie, avec les modifications que lui a fait subir Sânger. Voici, d'après Vulliet, comment Tait lui-même le pratique : L'index et le médus de la main gauche étant introduits dans le rectum, bien nettoyé au préalable, tendent transversalement la région ano-vulvaire ; les aides écartent la fourchette dans le même sens à l'aide d'un doigt. Le champ opératoire se trouve, de la sorte, bien étalé et tendu, et un guide sûr est offert à l'instrument coupant. On fixe, au moyen de pinces à griffes, les limites supérieures de l'incision qui varieront suivant le degré de rétrécissement vulvaire qu'on veut obtenir. Ces pinces concourent en même temps à la tension des tissus.

Ceci fait, l'opérateur, tenant de la main droite une paire de ciseaux coudés, comme ceux de Roux, enfonce la plus aiguë des deux lames dans l'épaisseur et sur le milieu du septum ano-vulvaire, à une profondeur d'au moins 1 centimètre (fig. 183), puis dirige le tranchant de côté et, de préférence, à gauche. Les doigts qui sont dans le rectum guident la pénétration de l'instrument dans l'interstice de la cloison et l'y maintiennent par la suite. La

main droite, d'autre part, en s'inclinant convenablement en supination, lui donne la direction voulue pour suivre de bas en haut, jusqu'au point indiqué par la pince correspondante, les contours de la vulve.

Pour éviter de faire ressortir la lame une fois qu'elle est engagée,

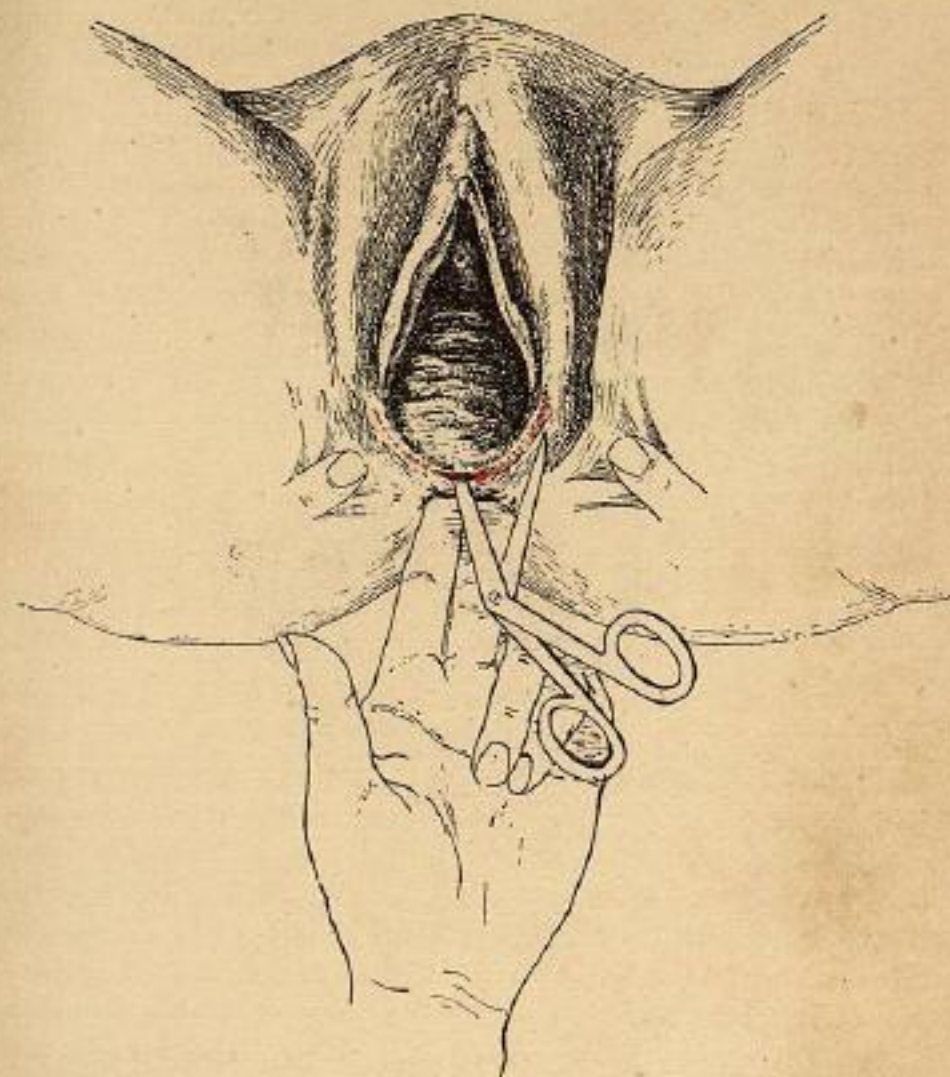


Fig. 183. — Procédé à valve semi-lunaire de Tait : introduction des ciseaux dans la cloison recto-vaginale.

il faut la pousser dans la direction de l'incision projetée et trancher à petits coups, sans fermer complètement l'instrument.

Quand on a fini la section du côté gauche, on procède de même du côté droit, en renversant la main en pronation.

Le lambeau vaginal, ainsi détaché, se rétracte et surmonte une plaie semi-lunaire qui s'étale plus qu'on ne saurait croire vers le bas, la commissure n'étant plus sustentée par le vagin.

On réunit alors transversalement et de bas en haut les bords courbes, droit et gauche, de la plaie, à l'aide de points séparés.

Lawson Tait se sert de fils d'argent et fait pénétrer l'aiguille, non dans la peau, mais exactement à la limite externe de l'avivement. Il supprimerait ainsi les douleurs locales et favoriserait

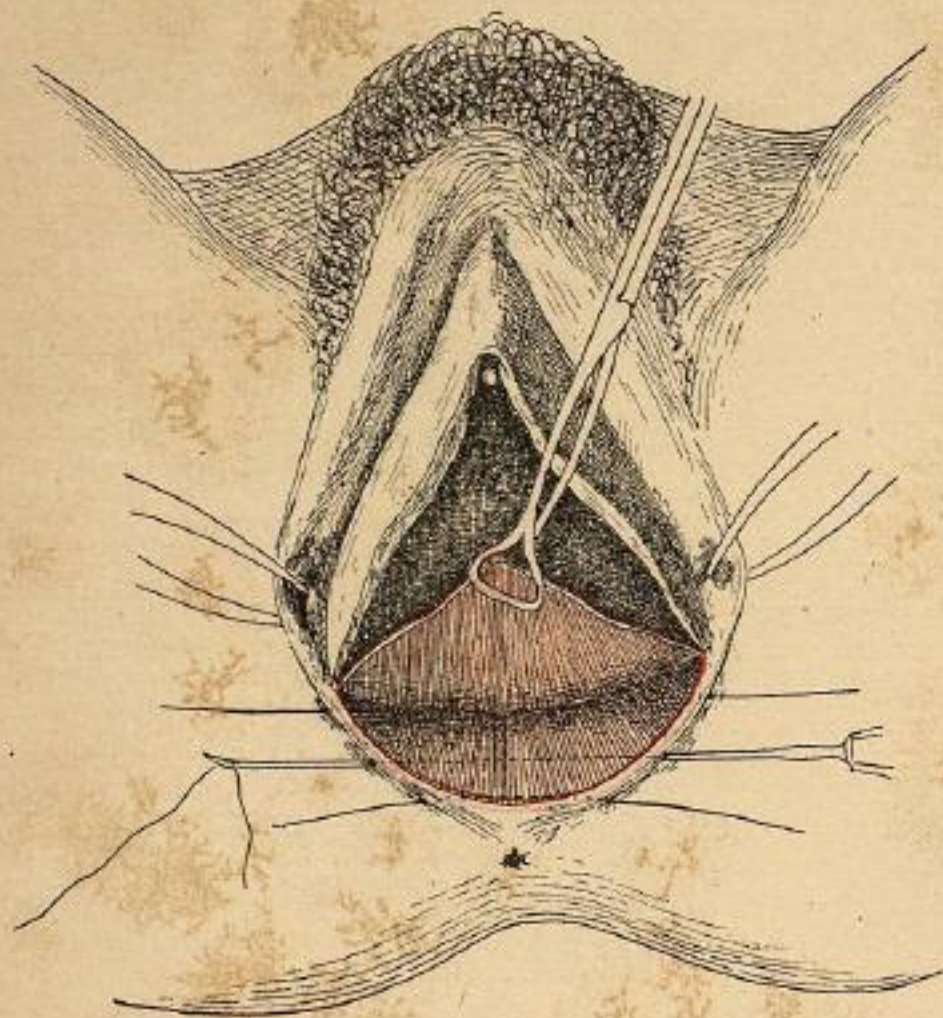


Fig. 184. — Procédé à valve semi-lunaire de Tait (modifié) : passage des sutures.

la réunion au lieu de la compromettre, étant donné qu'il assure le drainage de la sérosité.

Nous préférons cependant employer le crin de Florence et fermer complètement la plaie (fig. 184). D'autre part, au lieu d'abandonner le lambeau vaginal à lui-même, nous le réséquons après avoir appliqué un point de suture en bourse qui assure à lui seul l'occlusion du côté du vagin. Ce fil terminal pénètre et sort à un demi-centimètre des angles supérieurs de l'avivement et accroche, en plusieurs

points, sur tout son pourtour et à peu de distance de la future ligne d'excision, la face cruentée de la languette, en pénétrant ou non dans le vagin (fig. 185).

Cette opération peut se pratiquer en quelques minutes.

Doléris lui a reproché : de ne reconstituer le périnée que sur

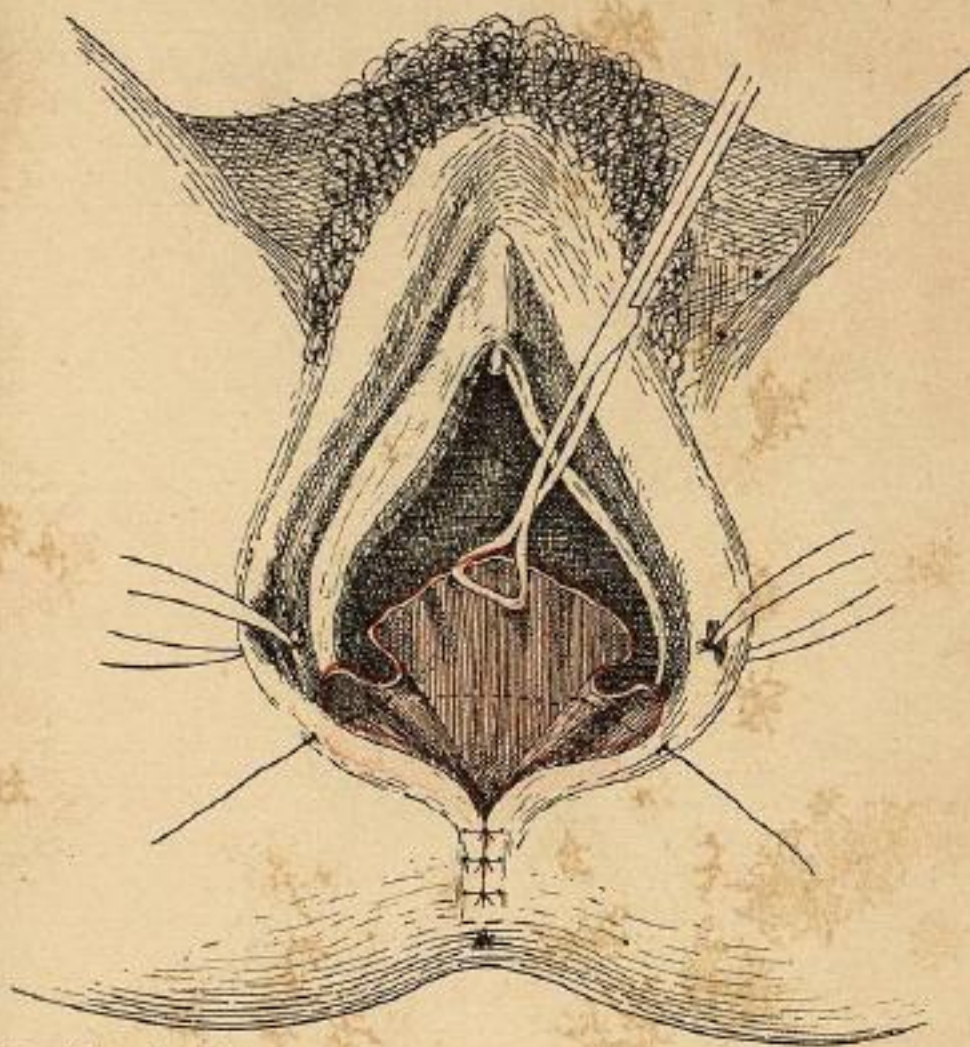


Fig. 185. — Procédé à valve semi-lunaire de Tait (modifié) : suture terminale en bourse.

une épaisseur insuffisante; de ne diminuer en rien la surabondance de la paroi vaginale, et même de l'augmenter; de constituer, derrière l'opercule incomplet de néoformation, un sinus plus ou moins profond, nuisible à la coaptation des deux parois du vagin. D'où les modifications suivantes qui ont pour but de tendre le vagin et d'épaissir le périnée à l'aide des tissus vaginaux attirés de haut en bas vers l'anus.

B. Colpopérinéoplastie par glissement (Doléris). — Doléris,

après avoir incisé les tissus à la façon de Tait, décolle le lambeau vaginal, avec l'index droit, à une hauteur telle, qu'en rapprochant le milieu de sa base du milieu du rebord cutané de l'incision première, il puisse : 1° tendre suffisamment le vagin ; 2° donner au périnée une hauteur suffisante et l'étoffer comme il convient.

L'opérateur ayant, à un moment donné, besoin de ses deux

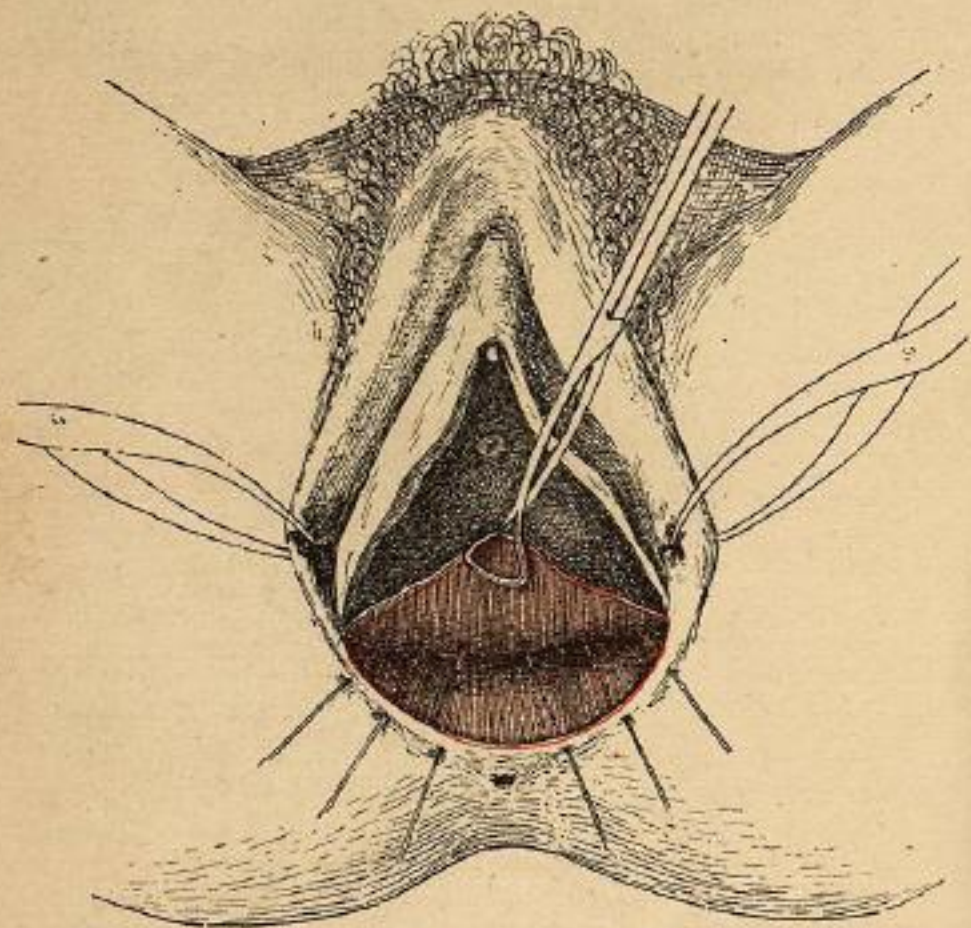


Fig. 186. — Colpopérinéoplastie par glissement : trajet des fils profonds (Doléris).

mains, ne met pas, autant que possible, les doigts dans l'anus. Le décollement étant amorcé avec les ciseaux ou le bistouri, il fait relever et tendre le bord libéré de la muqueuse avec une pince en cœur. Saisissant alors cette même lèvre de la main gauche, au-dessous de la pince, le pouce du côté de la face cruentée, l'index et le médius du côté du vagin, il poursuit le décollement avec l'index droit, en s'aidant au besoin des ciseaux et du bistouri pour retrouver le plan de clivage.

Les sutures se font au crin de Florence. Le premier fil est le plus médian, il forme l'anse la plus longue et la moins large. « L'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, chemine profondément dans la cloison recto-vaginale, et vient accrocher le lambeau vaginal tout près du point extrême du décollement. Puis l'ai-

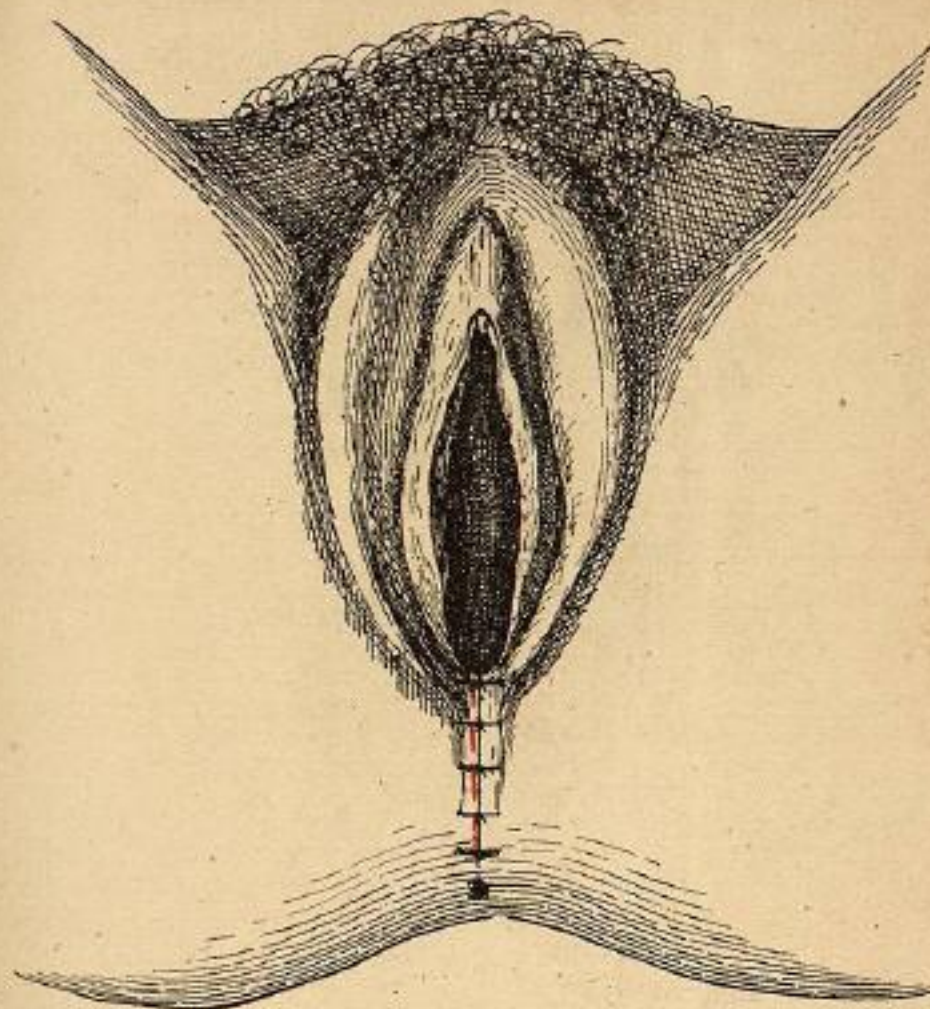


Fig. 187. — Colpopérinéoplastie par glissement : tous les fils sont serrés (Doléris).

guille suit un trajet inverse et symétrique qui la ramène sur le côté droit de l'anus. On peut se dispenser de pénétrer dans le vagin et se contenter d'accrocher la face profonde du lambeau vaginal. L'anse du premier fil, une fois serrée, devra ramener la paroi vaginale vers la commissure vulvaire, en même temps qu'elle servira à affronter les rebords opposés de la lèvre cutanée de l'incision. Un deuxième et un troisième fil sont placés d'une façon analogue et

plus en dehors (fig. 186). » (Dolérus.) Puis on les serre de bas en haut (fig. 187).

Après résection du lambeau, on peut, comme il a été dit, passer un fil en bourse qui assure la fermeture de la plaie vers le haut et reconstitue la fourchette. Si l'on craint d'exagérer ainsi le rétrécis-

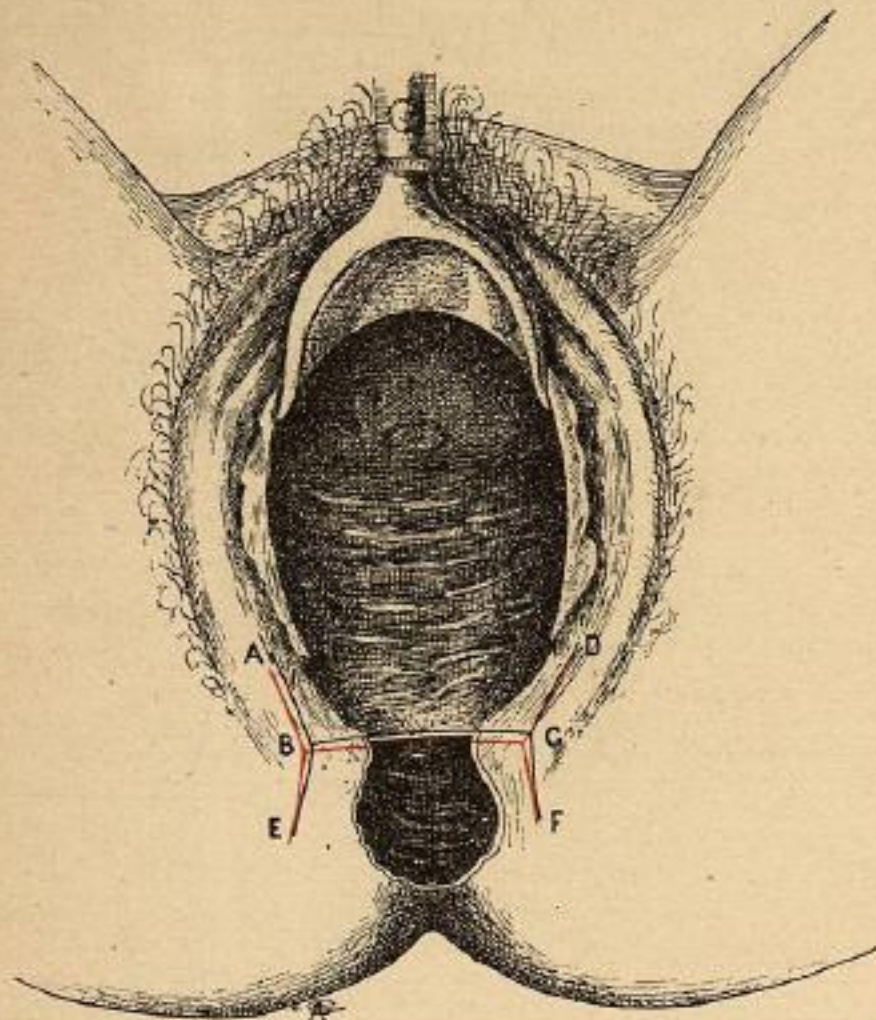


Fig. 188. — Périnéorrhaphie pour rupture complète, procédé à double lambeau de Tait : tracé de l'incision (Paul Petit et S. Bennet).

sement de la vulve, on réunit par une suture continue les deux lèvres, muqueuse et cutanée, de la plaie restante.

C. Procédé à double lambeau, de Tait. — Pour bien faire comprendre ce procédé qui nous paraît le plus apte à assurer la restauration des déchirures complètes, nous le décrivons, d'après le manuel opératoire que nous avons vu suivre par Pozzi, en distinguant deux cas, suivant la profondeur de la déchirure.

1^{er} Cas : Déchirure complète du périnée, sans participation notable de

la cloison. — On fait une incision en H (fig. 188) : la branche transversale suit le bord de la cloison et se recourbe un peu en bas à ses extrémités, pour atteindre les lignes verticales qui passent à l'union des grandes et des petites lèvres. Les branches supérieures contourment la vulve, comme dans le procédé à lambeau unique. Les

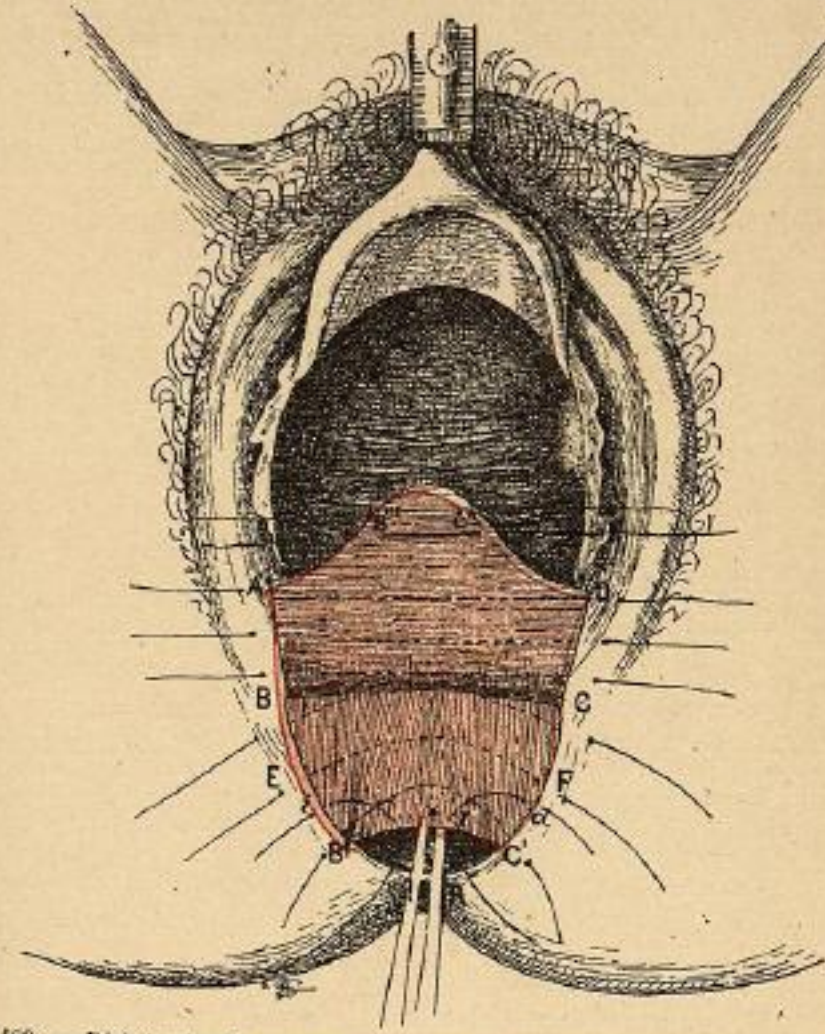


Fig. 189. — Périnéorrhaphie pour rupture complète, procédé à double lambeau de Tait : trajet des sutures (Paul Petit et S. Bennet) (1).

branches inférieures se dirigent vers les extrémités divisées du sphincter qui sont situées transversalement, de chaque côté de l'anus, et se reconnaissent parfois à une légère fossette.

L'incision tracée, on entaille les tissus de façon à obtenir deux lambeaux (fig. 189). Le lambeau supérieur, B'ABC'D', entièrement muqueux, est obtenu par simple dédoublement de la cloison, comme il a

(1) Le bord B'C' correspondait à BC avant le dédoublement, et s'est rétracté du fait de la libération des tissus. Id. pour AB'' par rapport à AB; DC'' par rapport à DC; B'C'' par rapport à BC.

été dit plus haut, sauf qu'il est peut-être préférable de le commencer non aux ciseaux, mais au bistouri, en s'aidant d'une pince en cœur, appliquée sur la languette vaginale. Le lambeau inférieur, amorcé en son milieu BC, par ce dédoublement, est prolongé sur les côtés BE et CF (fig. 188), par une entaille profonde de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Le lambeau supérieur est rabattu en haut. Le lambeau inférieur est tendu, jusqu'à la fin de l'opération, vers le bas, au moyen d'une pince et le débridement latéral en BE, CF, doit être assez profond pour que le bord inférieur B'C' se mette facilement de niveau avec le demi-anneau B'RC', constitué par le sphincter divisé. Ceci fait, on place, avec la grande aiguille d'Emmet, le fil le plus profond (un gros fil d'argent) de façon à accrocher l'arête de la cloison BC. On passe ensuite de gros crins dans l'épaisseur de la cloison BADC, qui formera la moitié supérieure du périnée (la commissure sera formée par la réunion des points A et D); des crins plus petits à travers les bords de la languette AB'C'D, qui demeurera intravaginale; de gros crins dans l'épaisseur du lambeau inférieur B'EBCFC'. Les aides rapprochent alors les cuisses de la malade et l'on serre d'abord les fils superficiels intra-vaginaux, compris dans l'aire AB'C'D, puis les fils profonds, du côté du périnée. Le fil le plus inférieur doit être placé assez bas et en dehors pour accrocher les bouts du sphincter et les ramener en avant une fois qu'il est serré. Tous les fils doivent être placés de telle sorte que l'on puisse coapter, avec la plus grande exactitude, les points symétriques. L'action des fils profonds sera soutenue par des fils demi-profonds et superficiels.

Il faut enfin s'appliquer à ourler très exactement l'hémi-circonférence antérieure de l'anus de nouvelle formation en affrontant le point *a*, par exemple, avec le point *y*. Quand l'ourlet est terminé, et seulement à ce moment, on enlève la pince qui maintenait le bord inférieur du lambeau rectal au niveau voulu.

2^m Cas : *Déchirure complète du périnée avec section profonde de la cloison.* — Dans ce cas, la cloison divisée s'est rétractée en s'étalant à sa base, tandis que la partie supérieure de la section se présente sous forme d'une encoche ordinairement traversée par une ou plusieurs brides cicatricielles.

On commence par sectionner ces brides. Quant à l'encoche, disons de suite, pour faciliter la description, qu'après dédoublement de la cloison et avant le placement des fils profonds, elle doit être fermée par un surjet de catgut, aussi bien sur le lambeau vaginal que sur le lambeau rectal.

Dans le cas envisagé, le dédoublement de la cloison (deux travers de doigt suffisent ordinairement) et surtout les incisures latérales doivent être poussés beaucoup plus profondément si l'on veut abaisser, sans trop de traction, au niveau de l'anus, la lèvre inférieure du lambeau rectal qui doit en reconstituer l'hémi-circonférence antérieure. Pozzi insiste particulièrement sur ce dernier point. De plus, il faut employer le fil d'argent, gros et moyen, pour toutes les sutures profondes, la tension des tissus étant ici beaucoup plus considérable. On écrase des grains de plomb perforés sur les extrémités des fils d'argent pour éviter qu'ils ne piquent la peau.

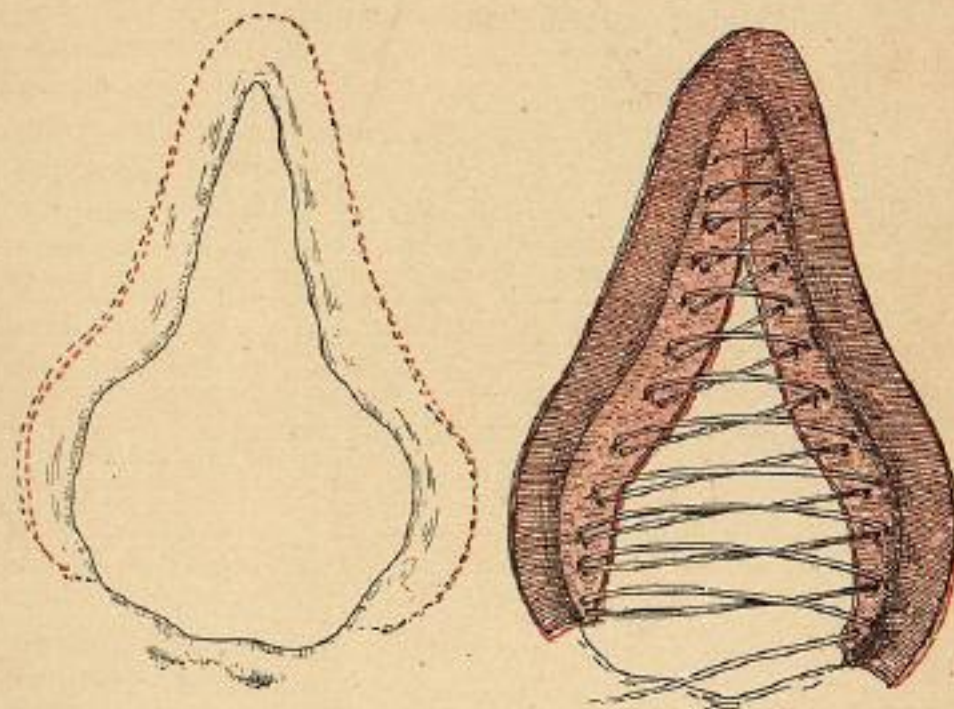


Fig. 190. — Périnéorrhaphie pour rupture complète, avec déchirure profonde de la cloison recto-vaginale : procédé de Doléris ; 1^{er} et 3^e temps.

On peut s'en tenir, en pratique, aux trois procédés que nous venons de décrire et à la colpopérinéorrhaphie d'Hégar.

Nous donnerons cependant un aperçu du procédé de Doléris pour les déchirures complètes et des procédés classiques d'Emmet et d'Hégar.

D. Procédé de Doléris pour la déchirure complète. — Ce procédé a été imaginé pour un cas de déchirure très profonde de la cloison, qui semblait échapper à la technique de L. Tait.

L'angle supérieur de la déchirure est fixé par une pince à verrou et deux serres fortes sont accrochées de chaque côté de la vulve, aux

points qui devront correspondre à la fourchette. Dans un premier temps, on dessine au bistouri (fig. 190) le tracé d'une marge de 6 à 8 millimètres de largeur, tout le long de la déchirure, depuis le sommet de l'angle jusqu'à l'orifice anal, en respectant seulement 3 à 4 centimètres de son rebord postérieur.

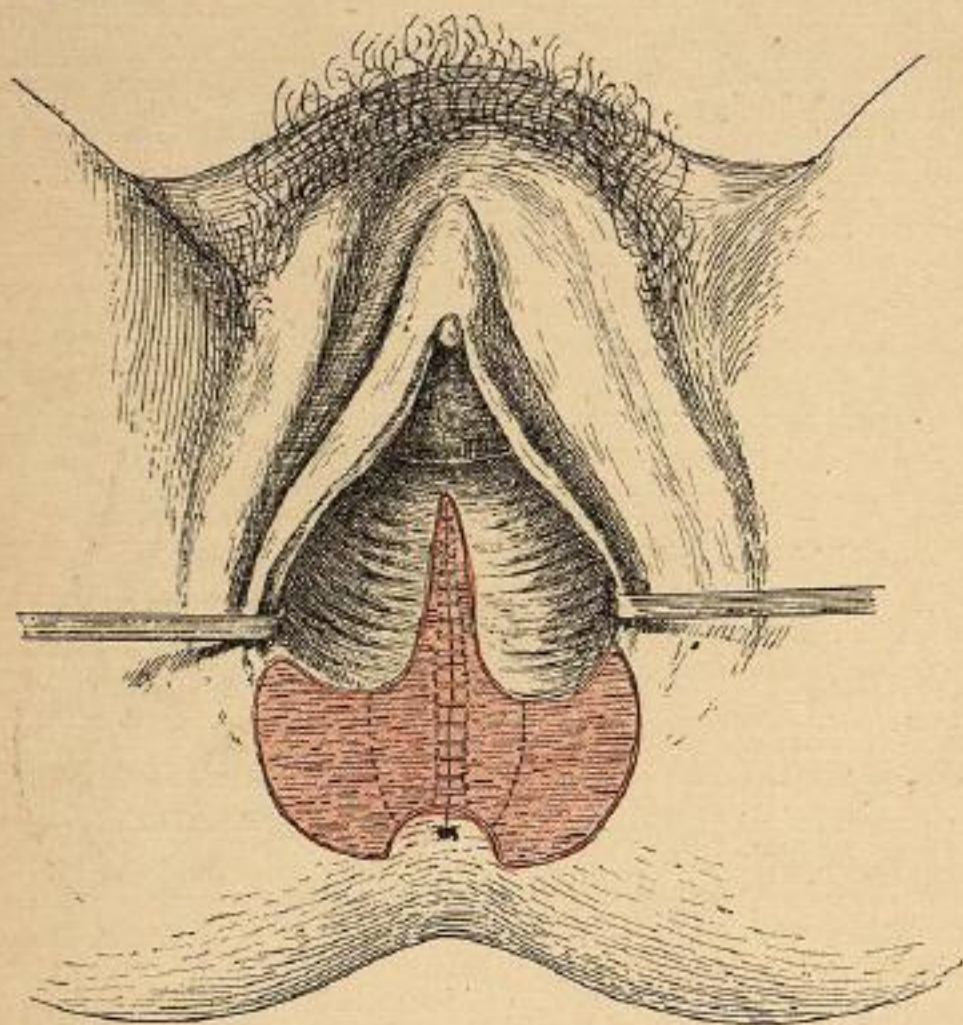


Fig. 191. — Périméorrhaphie pour rupture complète, avec déchirure profonde de la cloison recto-vaginale : procédé de Doléris; 4^e temps.

Dans un deuxième temps, on dissèque, de dehors en dedans, cette bande marginale; au lieu de la détacher jusqu'au bord libre, on la laisse adhérente sur une largeur de 1 à 2 millimètres, de telle sorte qu'en la renversant en dedans on obtient une surface d'avivement double de celle qui eût existé si la dissection avait été poussée jusqu'au bout.

Dans un troisième temps, à l'aide d'une solide suture continue

au calgul, on réunit, d'un bord à l'autre et de l'angle profond de la déchirure à l'anus, les deux bandelettes résultant de la dissection précédente en renversant leur bord interne vers le rectum (fig. 190). L'affrontement est consolidé par un second plan de sutures allant, de l'anus, rejoindre le point de départ du fil.

L'avivement est alors complété de chaque côté (au delà des lignes pointillées de la figure 191) de façon à prendre la configuration de la colpopérinéorrhaphie d'Hégar. On doit faire descendre l'avivement de chaque côté de l'anus, jusqu'au niveau de son rebord postérieur.

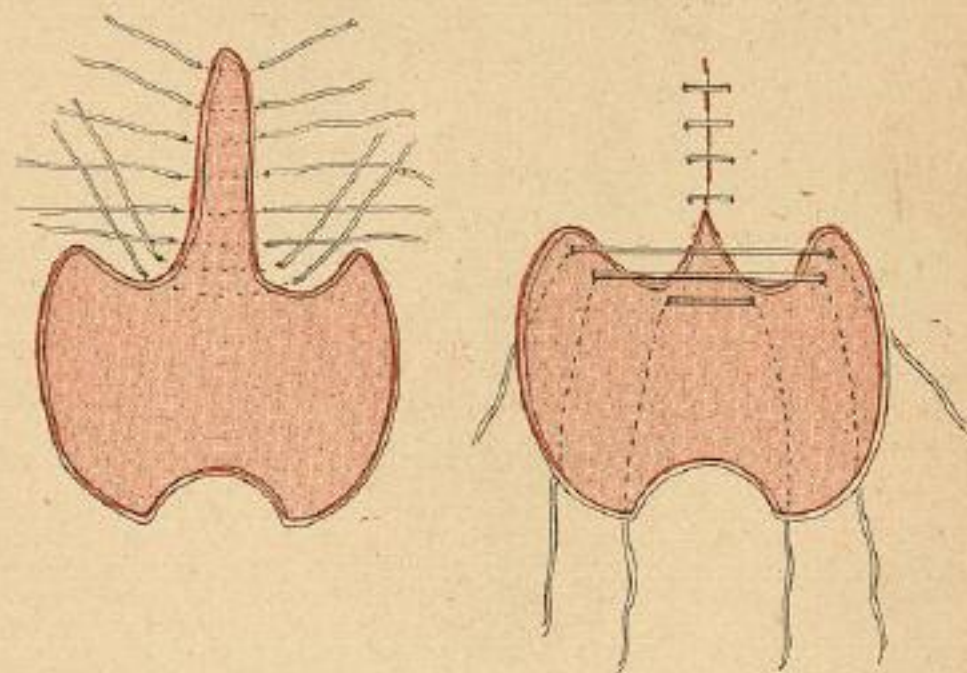


Fig. 192. — Périméorrhaphie pour rupture complète, avec déchirure profonde de la cloison recto-vaginale : procédé de Doléris; 5^e et 6^e temps.

Enfin, l'on affronte la partie vaginale de l'avivement par des points séparés transversaux, et les ailes, à l'aide de fils dirigés à la façon des fils profonds de la colpopérinéoplastie (fig. 192).

B. Méthode de l'avivement simple.

a. Procédé d'Emmet pour la déchirure complète. — Dans le procédé d'Emmet pour la déchirure complète, on fait un avivement par excision en forme de papillon (fig. 193). Le corps du papillon s'élève sur une hauteur plus ou moins grande de la cloison recto-vaginale, son axe antéro-postérieur correspondant à la ligne médiane.

Le bord antérieur des ailes monte plus ou moins haut, ordinairement jusqu'au quart inférieur des grandes lèvres; leur bord postérieur contourne la limite antérieure de l'anus; les bords latéraux rejoignent les extrémités des deux premiers.

Les parties à aviver étant tendues par l'index et le médius d'un

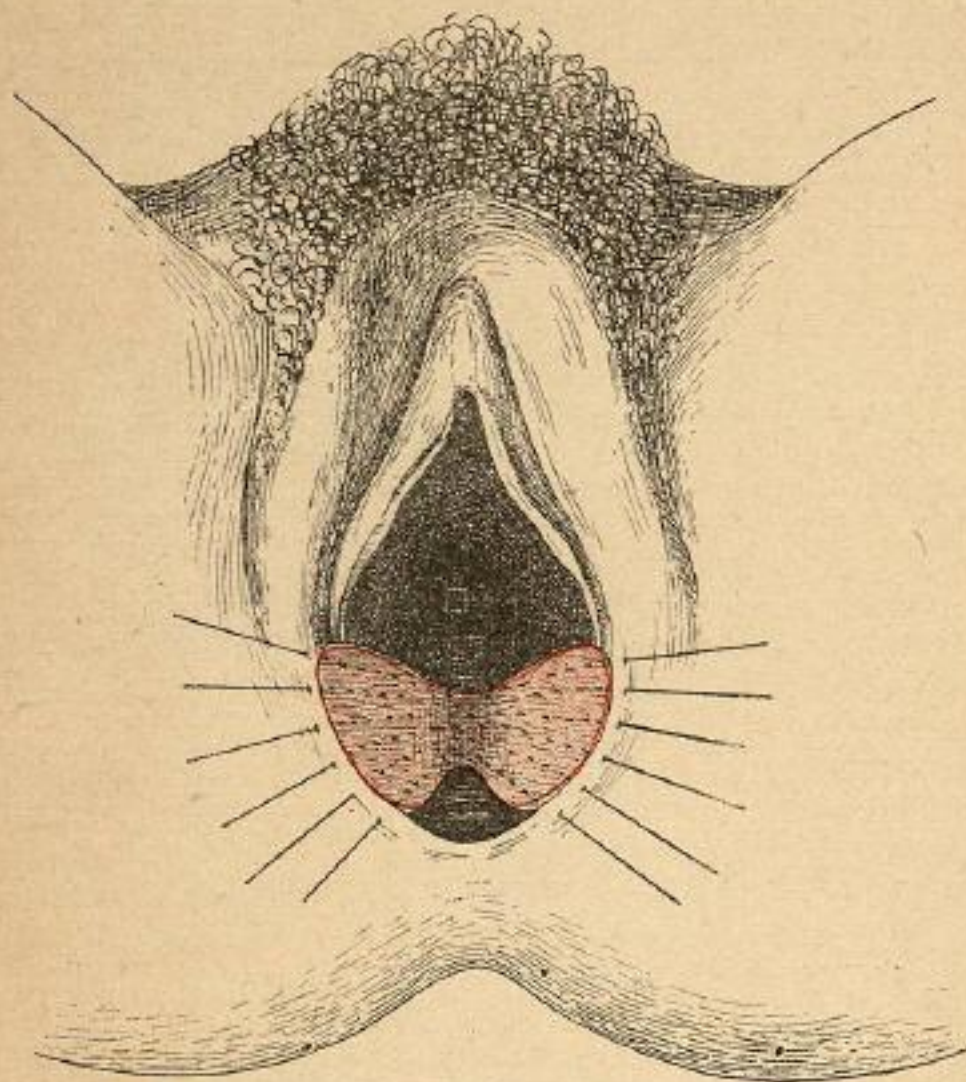


Fig. 193. — Périnéorrhaphie pour rupture complète : procédé d'Emmet.

aide introduits dans l'anus et par des pinces fixées sur les parties latérales, on commence par tracer au bistouri les limites de l'avivement qui doivent dépasser celles de la cicatrice. On avive aux ciseaux courbes sur la partie moyenne, en détachant le tissu par longues bandelettes: pour cela, il faut avoir soin de ne pas trancher entièrement le pli formé par la pression des branches des ciseaux et de le reprendre toujours un peu plus avant, après avoir entamé

la section. Les ailes latérales sont ensuite avivées de la même manière, ou bien avec le bistouri, qu'on fait agir de la périphérie au centre.

Le premier fil, qui a le plus d'importance, est introduit à un centimètre en arrière de l'extrémité gauche du sphincter divisé et devenu transversal, chemine dans l'épaisseur des tissus en accrochant fortement la cloison au passage et suit de près le contour cicatriciel de l'anus pour ressortir du côté opposé, en un point symétrique.

Un certain nombre d'autres fils sont introduits de la même façon, au-dessus du premier et à un centimètre de distance, en décrivant une courbe à concavité inférieure (sauf le plus haut placé qui assure la fourchette), de façon à attirer les tissus vaginaux vers l'anus et à renforcer de la sorte le plan périnéal.

Les fils sont noués de bas en haut, en commençant par le premier placé, qui doit reconstituer le sphincter anal. Ce fil ne doit pas être trop serré, de façon à permettre une issue facile aux gaz: on s'en assure en introduisant l'index dans le rectum après l'opération.

b. **Procédé Simon-Hégar.** — Les fils, au lieu d'être liés exclusivement du côté du périnée, sont liés: 1° du côté du vagin (fils correspondant à la tête du papillon); 2° du côté du périnée (c'est la plus grande masse des fils profonds); 3° enfin, du côté du rectum. Ces derniers pénètrent du rectum dans la plaie avivée, à 2 ou 3 millimètres de ses limites, puis sont introduits de haut en bas, du côté opposé, pour ressortir dans le rectum en un point symétrique du point d'entrée. On lie successivement les fils intra-vaginaux, les fils intra-rectaux et les fils périnéaux.

Ce procédé est plus compliqué et moins sûr que celui d'Emmet.

3° Soins consécutifs à la périnéorrhaphie.

Après avoir mastiqué la ligne de sutures avec de l'iodoforme pulvérisé, on la protège à l'aide de deux doubles de gaze iodoformée qu'on fixe dans l'ouverture vulvaire; on lie les jambes de la malade et, une fois qu'elle est couchée, on lui place un coussin sous les genoux. Dans la suite, on évitera de laver la plaie et on y insufflera de la poudre d'iodoforme, deux fois par jour, jusqu'à formation d'une croûte protectrice.

Dès le cinquième jour, on enlèvera un fil ou deux en choisissant ceux qui ont tendance à sectionner les tissus. Du septième au huitième jour, tous les fils devront être enlevés. On fera bien, pour éviter la désunion, de ne supprimer ceux de la fourchette qu'après

avoir renouvelé pour la deuxième fois le pansement vaginal et de laisser ensuite en place ce nouveau pansement durant trois ou quatre jours.

En constipant les malades, comme on le faisait naguère, on risque de densifier la première garde-robe au point qu'elle puisse provoquer la désunion, soit par elle-même, soit par les manœuvres d'évacuation qu'elle nécessitera. Dès le troisième jour, nous donnons généralement un laxatif et un lavement et, le surlendemain, avant l'enlèvement des premiers fils, un deuxième lavement. Dans la suite, on tâchera d'obtenir une selle, au moins toutes les quarante-huit heures, jusqu'au dixième ou onzième jour : à cette époque, on donnera une véritable purgation, soit 30 grammes d'huile de ricin.

Dolérís va plus loin encore dans la méthode des évacuations précoces et conseille, dès le premier jour, l'emploi d'un laxatif administré au repas du soir.

On ne laissera pas la malade se lever avant un mois.

VI. — TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE LA COCCYCODYNIE

1° Myotomie et ténotomie sous-cutanée.

Il suffit parfois de faire la section du grand fessier, d'un seul ou des deux côtés, au moyen d'un fort ténotome, ou d'inciser l'insertion du sphincter anal : pour cela, le ténotome est introduit immédiatement en avant de la pointe du coccyx (Simpson, Bryant, etc.).

2° Résection du coccyx.

Une incision cutanée est tracée sur toute la hauteur de l'os ; on le dénude en disséquant les deux lèvres de la plaie ; on le saisit avec de fortes pinces ; on le libère des parties molles en rasant sa surface avec le bistouri ou une petite rugine, et on le désarticule. Il est plus sûr d'extirper le coccyx en totalité que d'enlever seulement les deux vertèbres inférieures, comme l'a fait Simpson. On termine l'opération en suturant le plan cutané (Nott, Simpson, Hégar, etc.).

CHAPITRE II

OPÉRATIONS SUR LE VAGIN

I. — INJECTIONS VAGINALES

1° **Douche vaginale.** — La *douche vaginale*, employée dans les stations thermales, consiste en un *jet liquide*, projeté sur le col pendant une demi-minute à une minute.

2° **Bain vaginal.** — La malade, étant plongée dans un bain général ou dans un bain de siège, fait pénétrer l'eau du bain dans le vagin en déprimant la fourchette avec un ou deux doigts ou en

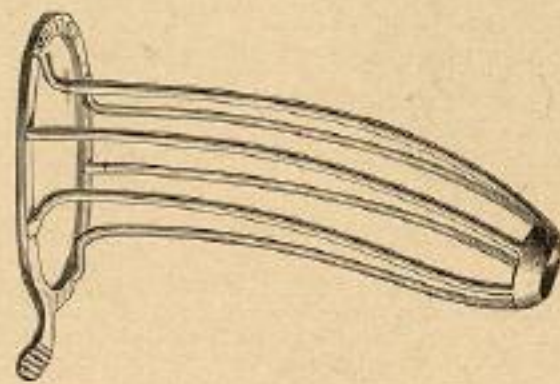


Fig. 194. — Spéculum grillagé pour bain vaginal.

introduisant dans le vagin un *spéculum grillagé*, dit *spéculum à bains* (fig. 194).

3° **Injection vaginale proprement dite.** — L'*injection vaginale proprement dite* est d'un usage courant, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit toujours bien prise.

A. **APPAREILS.** — Les injecteurs à ressort (irrigateur Éguisier), à poire aspirante et foulante (injecteur de Davidson ou d'Higginson), sont à rejeter, car ils sont difficiles à nettoyer, se dérangent facilement et donnent un jet interrompu et trop violent. On doit leur préférer les appareils agissant par le mécanisme du siphon ou sous l'action de la pesanteur et qui se composent simplement d'un réservoir, d'un tube en caoutchouc et d'une canule. Tels sont : les injecteurs en tôle émaillée (fig. 195), en verre (bock de Pinard, laveur de Tarnier (fig. 196), le sac en caoutchouc de Dolérís (fig. 197), notre sac en toile gommée ; les vide-bouteilles de Budin (fig. 198),