

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

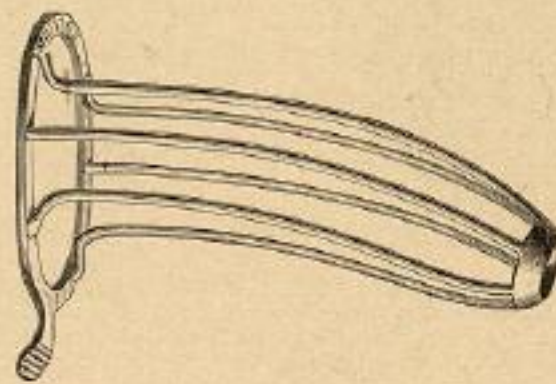


Fig. 194. — Spéculum grillagé pour bain vaginal.

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),

Lefour, etc.; le siphon, composé d'un simple tube en caoutchouc muni d'un poids en plomb à son extrémité immergée (fig. 499), ou mieux, l'injecteur-siphon de Michel, qui s'amorce à l'aide d'un compresseur à roulettes courant sur le tube en l'étranglant, etc.

Le réservoir doit être inattaquable par les antiseptiques usuels et contenir au moins 2 litres de liquide; il est bon qu'il soit muni d'un niveau d'eau ou d'une échelle volumétrique et, surtout, d'un thermomètre.

Le tube en caoutchouc, de 1^m,50 à

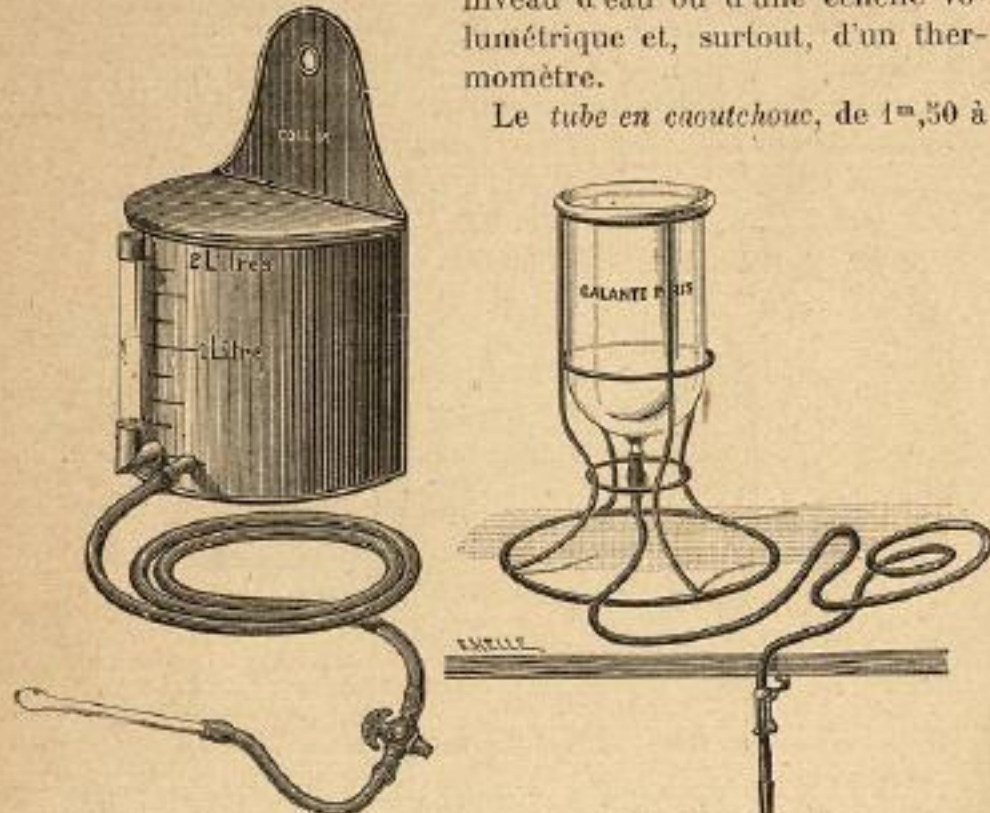


Fig. 493. — Injecteur vaginal en tôle émaillée.

Fig. 496. — Laveur de Tarnier.

2 mètres de long, porte sur sa longueur une pince presse-tube, ou un robinet ordinaire si l'on désire régler le débit du liquide.

On choisira, pour la malade, une canule droite, en verre trempé, de 15 centimètres de long, à bout olivaire et perforé en pomme d'arrosoir. Les canules coudées butent contre la paroi antérieure du vagin, d'où obturation partielle des orifices d'écoulement.

Les canules perforées d'un seul trou dans l'axe de l'instrument exposent la malade à porter l'injection dans l'utérus; mais elles sont préférables pour l'opérateur qui se mettra facilement à l'abri de ce petit accident, car elles permettent de mieux diriger le liquide au fond des culs-de-sac et à l'extérieur de la vulve. Les canules en vulcanite, en caoutchouc et surtout en toile gommée se

crevassent, se coudent dans le vagin et l'on ne peut être assuré de leur propreté.

La canule, chaque fois qu'elle aura servi, doit être lavée *intus et extra* et conservée aseptiquement, soit dans un tube de verre, soit à l'intérieur même du récipient laveur. Celui-ci sera soigneusement recouvert ou nettoyé avant usage.

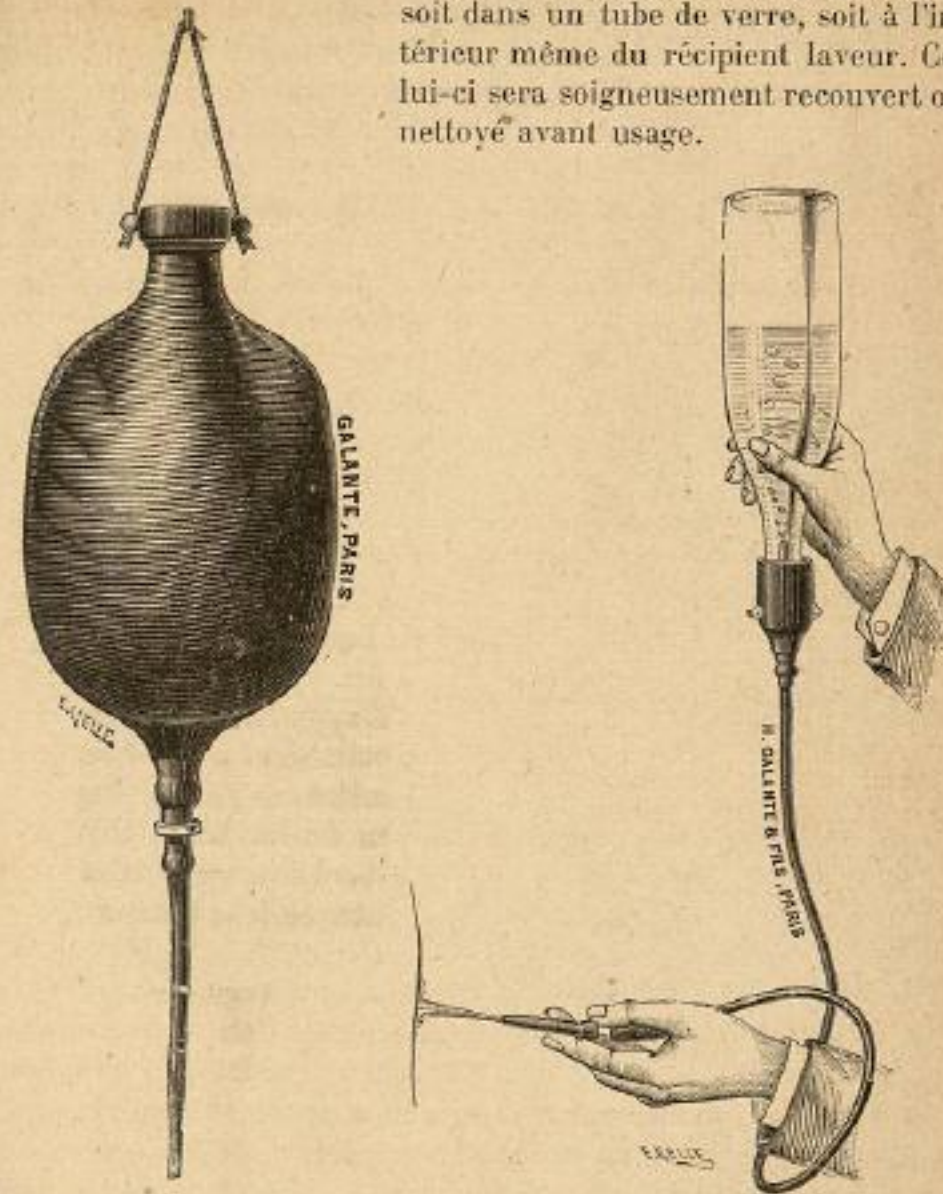


Fig. 497. — Sac en caoutchouc de Doléris.

Fig. 498. — Vide-bouteilles de Bodin.

B. TECHNIQUE. — Nous avons déjà indiqué de quelle façon le médecin doit procéder à l'injection vaginale.

La malade peut la prendre elle-même dans la position *accroupie, assise, ou sacro-dorsale*.

La position *genu-pectorale* serait certainement la meilleure, mais comporte trop de difficultés pratiques.

Dans la position *accroupie*, sur une cuvette, ou *assise*, sur un bidet, l'utérus s'abaisse, le vagin est raccourci et plissé, et le liquide ne peut pénétrer jusqu'au fond des culs-de-sac; une injection, prise ainsi, suffit à peine comme mesure de propreté.

La position *sacro-dorsale* est de beaucoup préférable. La malade est allongée sur son lit, la tête basse et le siège appuyé sur un bassin en forme de biseau muni d'un tube d'écoulement; ou bien, elle se couche en travers du lit, le siège débordant légèrement et un peu soulevé par un coussin, les jambes écartées et fléchies à angle droit, les pieds reposant chacun, à plat, sur une chaise. Une toile cirée fixée sur le coussin conduit dans un seau le liquide qui ressort de la vulve.

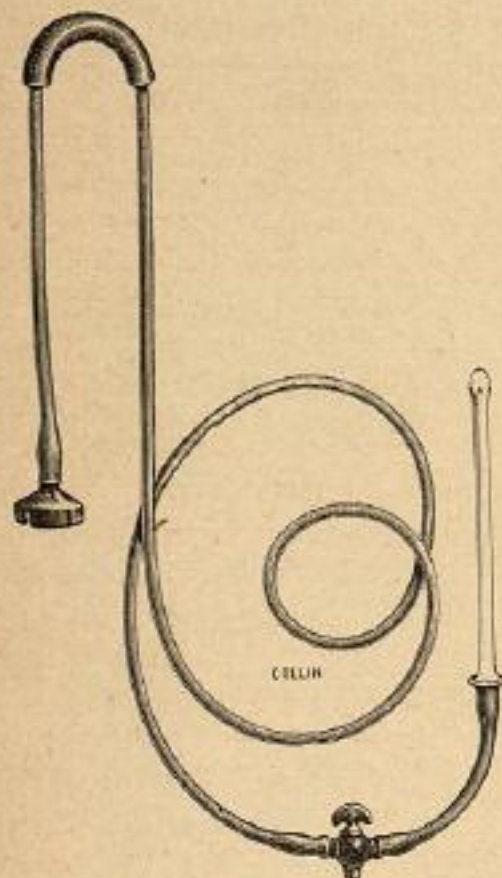


Fig. 109. — Injecteur siphon.

L'appareil laveur est fixé à proximité et à une hauteur de 1 mètre au plus au-dessus du plan du lit. La malade laisse d'abord écouler au dehors l'eau contenue dans le tuyau, qui est toujours plus froide que le reste, s'il s'agit d'une injection chaude; l'air est en même temps expulsé, puis elle introduit la canule, en déprimant la fourchette et en suivant la cloison recto-vaginale, jusqu'au cul-de-sac postérieur, c'est-à-dire à 8 ou 10 centimètres de profondeur.

Elle la maintient d'une main et l'appuie sur la fourchette, pour assurer le retour du liquide, tandis que, de l'autre main, elle suspend de temps en temps l'injection en pinçant le tuyau et en obturant la vulve, de façon à prolonger l'action thérapeutique.

Avant de retirer la canule, elle se redresse et *tousse* ou *fait effort* à plusieurs reprises, pour vider complètement le vagin, surtout s'il s'agit d'une injection au sublimé.

C. TEMPÉRATURE DES INJECTIONS. — On n'emploie plus guère l'injection *froide* (0° à 12°; — en pratique, température de la chambre). Quand elle est de courte durée, ses effets anémiantes sont inévitablement suivis d'une brusque réaction; quand elle est prolongée, la contraction des vaisseaux est telle, que la circulation locale peut être à peu près arrêtée.

L'injection *tiède*, en elle-même, est légèrement *calmante*.

L'injection *chaude* est éminemment *résolutive*. Son emploi, recommandé jadis par Trousseau, Kiwisch, Scanzoni, a été systématisé par Emmet. On commence par une température de 38° environ, pour arriver progressivement et rapidement, c'est-à-dire en quelques jours, à 45°, 48° et même 50°. Il faut tenir compte du refroidissement de 2° environ qui se produit dans la traversée du tuyau. Pour atténuer la sensibilité de la vulve, lors des premières injections, on peut enduire la région de vaseline, y appliquer un linge trempé dans l'eau froide, ou encore, user de l'un des appareils imaginés par Mathieu Kiwisch, Forster, etc.

D. COMPOSITION DES INJECTIONS. — Suivant le but qu'elles doivent remplir, les injections vaginales sont *antiseptiques*, *astringentes*, *altérantes*, *stimulantes*, *émollientes*, *narcotiques*. Inutile d'ajouter qu'elles doivent toujours être *aseptiques*.

E. ACCIDENTS. — On a signalé des accidents plus ou moins graves, et même mortels, à la suite d'injections vaginales (More Madden, Paddock, Simons, Späth, etc.). Généralement ces accidents sont peu durables et de nature réflexe, consistent en douleurs vives, vomissements, syncope, etc., et résultent de la pénétration du liquide dans l'utérus et les trompes, en particulier, pendant la période puerpérale; ou bien, de la contusion d'annexes, enflammées ou simplement prolabées, par un jet liquide trop fort ou par la canule. Mais ils peuvent aussi dépendre d'une intoxication par la substance en dissolution, à la faveur d'un large ectropion du col ou d'une ulcération du vagin ou d'une inoculation septique par une canule malpropre.

F. CONTRE-INDICATIONS. — Peut-on prescrire des injections *pendant les règles*? Les injections froides sont susceptibles de détourner l'écoulement sanguin de sa voie normale ou de l'arrêter; mais les injections entre 30° et 38° sont parfaitement inoffensives et même très utiles lorsque le molimen menstruel survient au cours d'une infection subaiguë, surtout si cette infection est de nature blennorrhagique.

Dans tous les cas, il est d'une bonne hygiène de conseiller à toute femme déflorée, malade ou non, de prendre une injection

tiède après la cessation des règles et, dans leur intervalle, au moins une fois par semaine.

L'état de virginité ne contre-indique pas les injections vaginales. On conseillera seulement une canule de dimensions moindres et l'on insistera sur les conseils donnés plus haut pour éviter la surdistension du vagin et la rétention du liquide.

II. — TAMPONNEMENT VAGINAL.

1° Tamponnement porte-topique.

Les tampons de pansement sont généralement faits d'ouate hydrophile, aseptique, qu'on roule et qu'on tasse légèrement en forme de boule en l'entourant, ou non, d'une enveloppe de gaze. Pour permettre aux malades de les retirer, on tortille l'ouate en un point et l'on fixe, sur le pédicule ainsi obtenu, un fil solide de 20 centimètres de long environ. Les tampons cylindriques et ficelés par le milieu sont moins souples et s'appliquent moins bien sur le col. Quand le médecin doit retirer lui-même le pansement, il vaut mieux se servir de tampon sans ficelle ou de bandes de gaze.

Les tampons ainsi préparés sont porteurs de topiques antiseptiques, hydragogues, révulsifs, caustiques, astringents, etc. Si le topique est liquide, on en imprègne le tampon qu'on essore ensuite au degré voulu. S'il est pulvérulent, on l'incorpore par simple pression, à sec ou en facilitant l'adhérence à l'aide d'un peu de glycérine ou de vaseline; ou encore, on creuse le tampon d'un godet qui reçoit une certaine quantité de la poudre. Les topiques onctueux ont généralement pour véhicule l'huile, le rétinol, la vaseline et surtout la glycérine. L'huile, le rétinol facilitent beaucoup la pénétration de l'épithélium par la substance active. La vaseline convient surtout à la vulve, en cas d'excoriations. La glycérine, préconisée par Marion Sims, détermine, grâce à son pouvoir dialyseur, des écoulements profus de liquide, d'où résultent des effets antiphlogistiques très puissants. Elle doit être chimiquement neutre, sous peine de provoquer la desquamation du vagin.

Le spéculum étant mis en place, on saisit le tampon avec une longue pince à pansement, on le porte jusqu'au contact du col et on l'y maintient appliqué avec la pince ou le doigt, tandis qu'on retire les valves. S'il s'agit d'un pansement cervical, le tampon devra être appuyé directement sur l'orifice du museau de tanche qu'on aura préalablement orienté comme il convient. S'il s'agit d'un pansement vaginal, on introduira toute une série de tampons, ou

mieux, on se servira de gaze; nous agissons de même quand nous voulons obtenir du pansement glycéro-glycériné, sur l'utérus ou les annexes, le summum de ses effets.

On a imaginé bon nombre d'instruments pour permettre à la malade de placer elle-même son pansement. A ceux de Thomas, Byrne, Munde, etc., nous préférons celui de Barnes, en forme de dilateur à gants. Une fois qu'il est placé dans le vagin, la malade y introduit le tampon qu'elle pousse et maintient ensuite avec une tige quelconque, tandis qu'elle retire le spéculum.

2° Tamponnement compressif.

Le tamponnement compressif, ou tamponnement proprement dit, se fait avec des tampons sans licelle, du volume d'une noix environ. Il exige l'intervention du médecin et s'applique, de préférence, avec les valves de Sims. On doit tout d'abord évacuer la vessie et le rectum.

Le tamponnement compressif sert à des usages divers: comme hémostatique, comme pessaire, comme modificateur de la circulation pelvienne (columnisation du vagin), comme dilateur du vagin, comme réducteur de l'utérus inversé, comme soutien des tentes utérines.

Pour rendre les tampons hémostatiques moins perméables au sang, on les imbibe d'une solution antiseptique faible et on les comprime sous forme de disques. Puis on les superpose aussi étroitement que possible, en comblant successivement les culs-de-sac postérieur, latéraux et antérieur et le reste du conduit, jusqu'à la vulve. Pendant qu'on retire les valves, on maintient fermement, avec les doigts ou les pinces, la colonne de tampons ainsi constituée et l'on ajoute, s'il est nécessaire, quelques disques supplémentaires pour combler le vide laissé par les instruments. Un bandage en T maintient l'appareil. Il faudra, par la suite, veiller à la miction et pratiquer au besoin le cathétérisme.

Quand il s'agit de maintenir la réduction d'un utérus dévié, on comble successivement, avec des tampons ordinaires, les culs-de-sac antérieur et postérieur, puis on applique sur le col un tampon plat et, par-dessus, un long tampon cylindrique.

La columnisation du vagin, analogue, comme mode d'application, au tamponnement hémostatique, a été conseillée pour la première fois par Bozemann pour le traitement des exsudats pelviens. Taliaferro qui, dans la suite, a vulgarisé ce procédé, conseille l'emploi de la laine aseptisée comme étant plus élastique que le coton.

III. — OPÉRATIONS POUR PROLAPSUS VAGINAL

1° Colporrhaphie (ou Élythrorrhaphie).

A. Colporrhaphie en général.

a. APPAREIL INSTRUMENTAL. — Sonde vésicale, rasoir, valve de Simon, écarteurs, quatre pinces à abaissement, deux serres-fortes de Doléris, pinces à disséquer à griffes, spatule, aiguilles courbes, moyennes et petites, porte-aiguilles, aiguilles montées de J. Reverdin, crins de Florence gros et moyen, une pince à forcipressure en cœur et douze petites pinces à forcipressure ordinaires, pinces à pansement, pince irrigatrice avec appareil injecteur de cinq à six litres rempli d'une solution antiseptique faible (eau bouillie salée ou naphtolée à 0,20/1000), canule vaginale en verre avec second appareil laveur de deux litres au moins.

b. AIDES. — Trois aides sont indispensables : un pour l'anesthésie, deux à la vulve pour aider directement ; un quatrième, préposé aux fils et aux instruments, sera d'une grande utilité.

c. SOINS PRÉLIMINAIRES. — La malade étant mise en position dorso-sacrée, on se rend d'abord compte des dimensions à donner à l'avivement :

1° *De haut en bas* : on amène le prolapsus apparent à ce qu'il doit être (à certains moments du moins), en réalité, par une traction légère exercée sur l'utérus avec une pince à abaissement, jusqu'à manifestation de la résistance de ses ligaments. Suivant que le vagin est ou non décollé de la surface du col, le prolapsus plus ou moins accentué, on laisse la pince sur le col, ou bien, on la reporte plus ou moins bas.

2° *De droite à gauche* : on détermine, après tâtonnements, les dimensions à donner à l'avivement en jalonnant les bords de la future incision avec des pinces symétriquement placées : les pinces opposées, rapprochées jusqu'au contact, doivent donner le rétrécissement voulu, sans tendre trop fortement les tissus, sans quoi ceux-ci seraient sectionnés par les fils et se désuniraient. Cet accident est plus à craindre pour la colporrhaphie antérieure qui supporte une partie de l'effort abdominal et la pression de la vessie distendue. Il faut veiller aussi à l'exacte symétrie des pinces-jalons et en augmenter au besoin le nombre, pour obtenir, par leur écartement, la tension nécessaire à l'incision correcte et prompte des contours de l'avivement.

d. AVIVEMENT. — L'incision délimitante doit être perpendiculaire à la muqueuse et comprendre toute son épaisseur. Une fois qu'elle est tracée, en totalité ou en partie, on détache le segment de muqueuse qu'elle circonscrit, soit par petits fragments, avec les ciseaux, soit en un ou plusieurs temps, par décollement.

Avivement aux ciseaux. — L'avivement aux ciseaux courbes, pouvant être très superficiel, ne détermine qu'une hémorrhagie capillaire ; l'opérateur suit donc facilement les contours de l'incision première qui, d'ailleurs, s'offre plus complètement à l'œil que dans les manœuvres de décollement ; de plus, il n'a point à craindre de pénétrer dans le rectum ou la vessie. Il en résulte une grande rapidité d'exécution, pour peu que l'instrument convienne et que la muqueuse soit bien tendue. Elle doit être détachée en bandelettes étroites et assez longues.

Un autre avantage de l'avivement superficiel aux ciseaux paraît être au premier abord, d'obtenir une cicatrice mieux doublée et qui s'opposera, par suite, plus efficacement, à l'inversion de la paroi vaginale. Mais en réalité, cette économie de tissus portant sur un derme muqueux plus ou moins décollé, ne fait que favoriser la récurrence de la colpocèle.

L'avivement aux ciseaux expose, d'autre part, à l'inclusion d'îlots d'épithélium passés inaperçus et qui pourront nuire à la réunion ou devenir le point de départ de petits kystes, comme nous l'avons vu dans un cas. Pour éviter cet inconvénient, on veillera à ne pas abandonner tel segment en cours d'avivement sans être absolument sûr de l'avoir complètement dépouillé de sa muqueuse.

Avivement par décollement. — Ce procédé nous semble préférable au précédent. — On amorce le décollement avec le bistouri et la pince à griffes, puis, saisissant le lambeau par son extrémité avec une ou deux pinces à pression ou avec les doigts, on continue à le détacher avec la spatule ou l'index ; on fouille les tissus, d'une part, dans la profondeur et, de l'autre, vers l'incision limitante qui n'est généralement pas assez profonde pour tomber sur le plan de clivage sous-muqueux ; il faut donc compléter à ce niveau, d'un coup de ciseaux, le détachement du lambeau, pour transformer la poche du décollement en deux surfaces planes : surface à suturer et surface cruentée du lambeau. Il est bon de ne pas faire cette section au ras même du décollement, de façon à pouvoir reconstituer les colonnes vaginales et à faciliter l'affrontement.

Pour achever la séparation des tissus sur les bords de la poche, une paire de ciseaux fermés convient mieux encore que le doigt. Quand on a perdu le plan du clivage, ou bien, si les tissus sont trop

friables, il faut se résigner à détacher la muqueuse au bistouri en ayant soin d'en diriger le tranchant vers le lambeau.

Si l'on opère vite, il n'est pas nécessaire d'employer des ligatures, ni même la forcipressure, pour faire l'hémostase. Du reste, l'hémorragie viendrait-elle à être trop abondante par suite du grand développement des plexus veineux, le mieux serait de procéder au décollement *par étapes* et de suturer au fur et à mesure.

c. SUTURE. — Nous préférons de beaucoup au surjet de catgut à étages, qui peut donner des mécomptes, la suture à points séparés, au crin de Florence, moins sujet que la soie à s'infecter et à sectionner, par suite, les tissus.

La suture à points séparés comprend des fils profonds et des fils superficiels.

Les premiers doivent être placés à un centimètre d'intervalle et pénétrer la muqueuse à un demi-centimètre au moins de ses bords.

Il est de règle, après l'avivement par décollement, de faire cheminer l'aiguille dans la profondeur de la plaie jusqu'au voisinage de la ligne médiane et de lui faire parcourir, de l'autre côté, un trajet symétrique et en sens inverse. On a pour but, en procédant ainsi, d'éviter tout espace mort où puissent s'accumuler les liquides. Si l'avivement a été fait superficiellement aux ciseaux, cette précaution est inutile. Les fils profonds seront serrés tout juste assez pour assurer la coaptation. Pendant que l'opérateur noue les fils, les aides préviennent le recroquevillement des lèvres de la plaie, soit en les accrochant avec des ténaculums, soit en les soulevant avec une sonde cannelée ou les mors d'une pince languette. Les fils superficiels ne doivent comprendre que les lèvres de la plaie et les traverser à très peu de distance de leurs bords. On obtient peut-être plus facilement la coaptation en ne serrant chaque fil profond qu'après avoir serré les deux fils superficiels situés l'un au-dessus et l'autre au-dessous. On évitera de trop multiplier les points de suture, dans la crainte du sphacèle.

Pendant toute la durée de l'opération, l'irrigation continue doit être prête à fonctionner. Il appartient aux aides de juger de son opportunité. Au cours de l'avivement aux ciseaux, il est peut-être préférable d'assécher le champ opératoire au moyen de tampons montés; mais, avant de serrer chaque fil profond, il faut irriguer.

f. SOINS CONSÉCRÉS. — Après la colporrhaphie antérieure, le cathétérisme de la vessie doit généralement être continué durant cinq ou six jours. Les pansements ne seront renouvelés que tous les quatre ou cinq jours, afin d'éviter, autant que possible, le tiraillement des fils; ceux-ci peuvent être laissés en place jusqu'au quinzième

jour, s'il s'agit de crins de Florence; jusqu'au dixième jour seulement, si l'on a employé la soie. La malade peut se lever au commencement de la quatrième semaine, mais on ne la laissera pas sortir avant un mois.

Les détails qui précèdent nous permettent de décrire en peu de mots les divers procédés de la colporrhaphie et les particularités propres à ses localisations.

Quand on doit rétrécir le vagin à la fois en avant et en arrière, il est plus commode de commencer par la paroi antérieure.

B. Colporrhaphie antérieure.

On donne généralement à l'avivement la *forme ovale*, de Simon, en le terminant en pointe en haut et en bas (fig. 200).

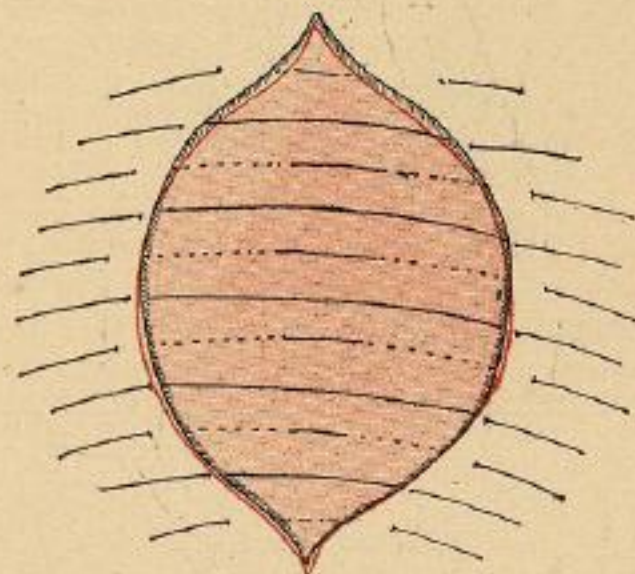


Fig. 200. — Colporrhaphie antérieure : avivement ovale de Simon ; trajet des sutures superficielles et profondes.

La pointe inférieure devra être assez étroite et assez longue pour que l'incision limitante se tienne à une distance convenable des pubis, au voisinage desquels la muqueuse est adhérente et ne se laisse guère distendre.

Le plus grand diamètre de l'avivement doit correspondre à la zone du plus grand relâchement: il en résulte, au cas où cette zone correspond à l'espace précervical, que l'avivement, d'ovale, doit devenir *triangulaire* à base supérieure (fig. 201).

Pour jalonner l'incision limitante, on fixe une pince à griffes

en bas, à 2 centimètres du méat; une autre pince en haut, sur la lèvre antérieure du col, ou un peu au-dessous s'il s'agit d'une colpocèle incomplète; enfin, deux serres-fortes saisissent la muqueuse à égale distance des deux pinces. Si l'avivement doit être triangulaire, il faut encore ajouter deux pinces aux deux angles supérieurs. Nous conseillons de faire le décollement en deux

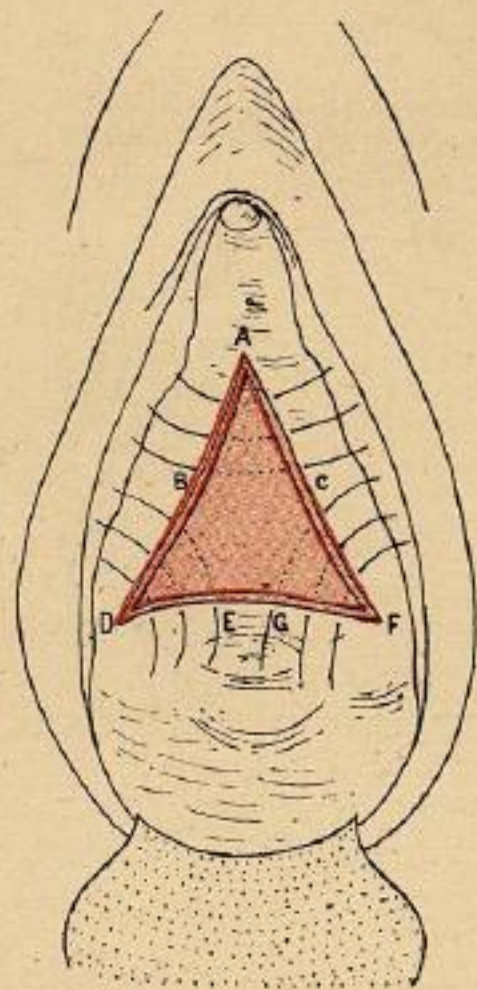


Fig. 201. — Colporrhaphie antérieure : avivement triangulaire ; trajet des sutures qui ferment les trois angles BAC, BDE, CFG (Doléris).

étapes : la première, de la pince inférieure aux serres-fortes; la seconde, des serres-fortes à la base du lambeau (fig. 202).

Schröder ne met pas plus de trois fils profonds pour un avivement assez étendu; ce nombre nous paraît insuffisant, car, si l'un des trois fils vient à sectionner les tissus, la désunion secondaire est fatale. Il vaut mieux placer les fils de haut en bas, c'est-à-dire du col vers le méat, et les serrer à mesure, si l'avivement est ovalaire.

On les placera, au contraire, du méat vers le col, si l'avivement est triangulaire. A mesure que l'on se rapproche de la base du triangle, le milieu de cette base se coude du fait de la constriction des fils, de telle sorte que la plaie se rapproche de plus en plus de la forme du λ grec (fig. 203). Suivant qu'on désire rétrécir plus ou moins le cul-de-sac vaginal, on multiplie ou, au contraire, on arrête plus tôt les sutures qui rapprochent les deux lèvres de la branche

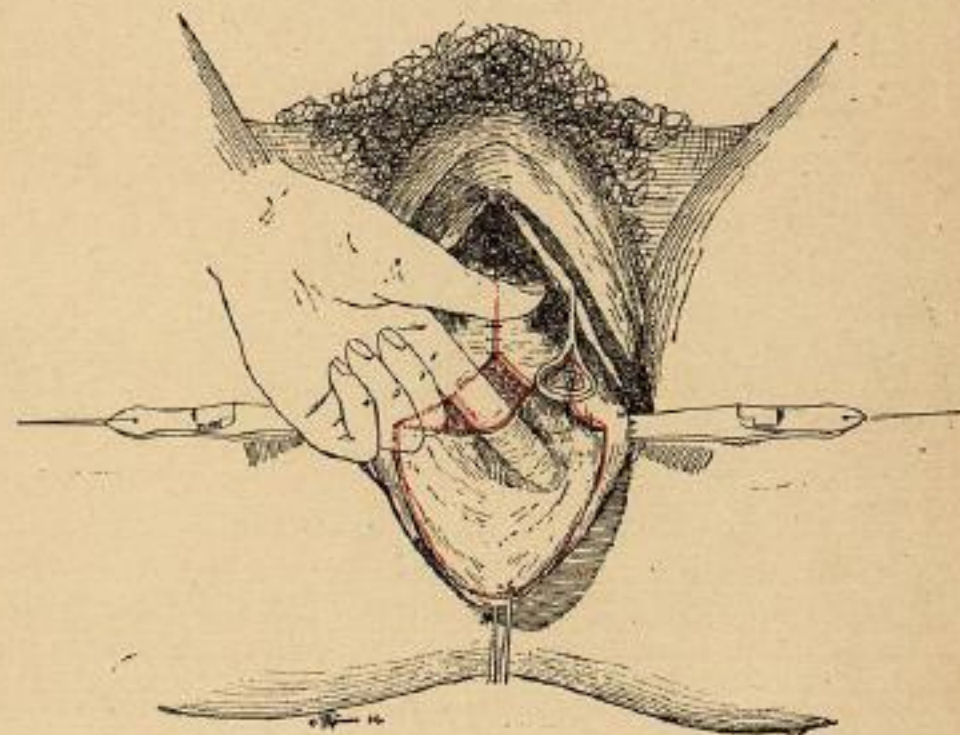


Fig. 202. — Colporrhaphie antérieure : avivement ovalaire par décollement et suture, en deux étapes.

La partie supérieure de l'avivement est suturée; l'index gauche de l'opérateur, vu par transparence entre les deux serres-fortes, fouille les tissus à la rencontre de l'incision limitante. (Paul Petit et S. Bonnet.)

inférieure du λ , puis on rapproche, de chaque côté, les deux lèvres des branches supérieures. On termine par une suture en bourse en $u x y r$ (fig. 203).

C. Opération de l'uréthrocèle.

La cure radicale de l'uréthrocèle a sa place tout indiquée à côté de la colporrhaphie antérieure.

Pour pratiquer cette dernière opération, Pozzi, au lieu de s'attarder à pratiquer le décollement ou l'avivement aux ciseaux, forme un pli longitudinal de la muqueuse à l'aide de plusieurs pinces

tire-balles, place, à la base de ce pli, une ou deux pinces courbes et, après avoir passé préalablement sous ces pinces les fils à suture, il excise tout ce qui les dépasse.

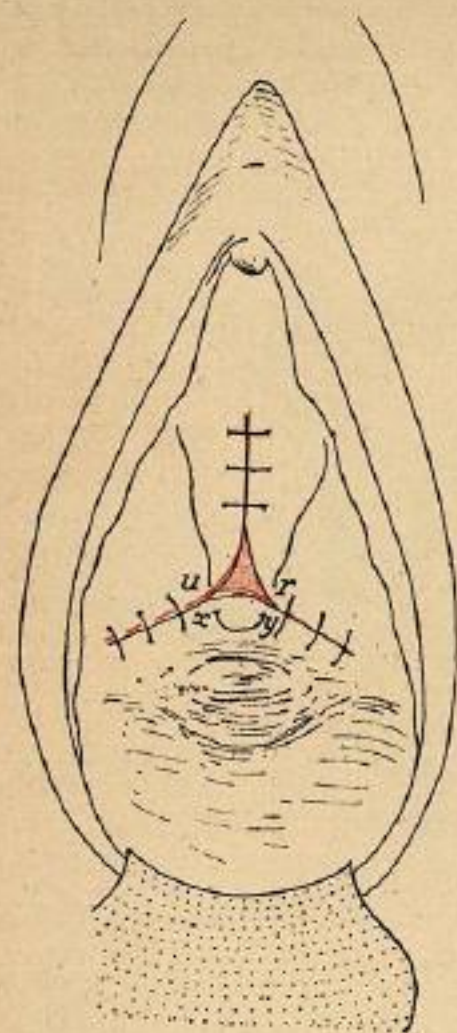


Fig. 203. — Colporrhaphie antérieure, après avivement triangulaire; suture en bourse terminale (Doléris).

Ce procédé n'est, en réalité, applicable à la colporrhaphie que dans les cas où la muqueuse est nettement détachée des plans sous-jacents, ce qui est loin d'être constant, sans quoi l'on court le risque d'ouvrir la vessie. Il convient au contraire très bien à l'uréthrocèle, sauf qu'ici on cherche à saisir la paroi de l'urètre en même temps que la muqueuse. Il n'y a donc pas de traction préalable à exercer avec des pinces dans le but d'isoler ces deux couches.

D. Colporrhaphie postérieure.

La colporrhaphie postérieure se combine ordinairement à la périnéorrhaphie.

A elle seule, elle n'a guère sa raison d'être que dans le cas de colpocèle localisée au cul-de-sac postérieur. L'avivement a, dans ce cas, les mêmes formes que dans la colporrhaphie antérieure.

On trouvera dans la description qui suit les détails techniques propres à l'opération.

E. Colpopérinéorrhaphie.

La colpopérinéorrhaphie se pratique ordinairement suivant le procédé d'Hégar légèrement modifié.

L'avivement d'Hégar a la forme d'un triangle dont le sommet correspond au voisinage du col et la base, au périnée. L'incision limitante dessine d'abord, au sommet du triangle, un angle aigu

plus ou moins élevé suivant la hauteur que doit avoir l'avivement. Elle se prolonge ensuite vers le bas et, à mi-chemin du sommet de l'angle et de la vulve, commence à décrire, de chaque côté, une courbe à convexité interne pour s'éloigner des branches du pubis où les tissus, adhérents à l'os, manquent de laxité : elle se

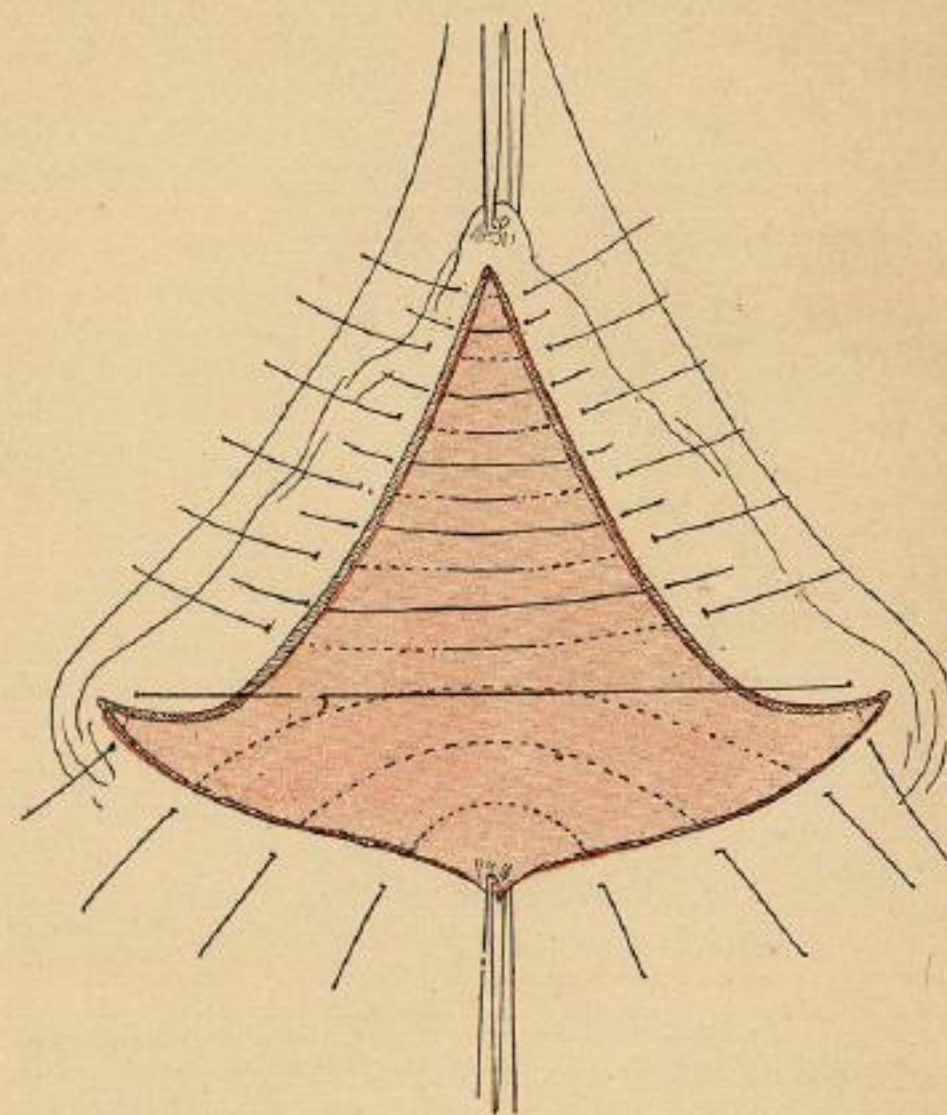


Fig. 204. — Colpopérinéorrhaphie, procédé de Hégar. (S. Bonnet et Paul Petit.)

relève ensuite pour gagner, de part et d'autre, un point de l'orifice vulvaire déterminé d'avance et plus ou moins éloigné de la commissure. Ces deux points doivent être symétriques et à une distance telle, une fois juxtaposés, que les tissus ne soient pas trop tendus, la vulve convenablement rétrécie et le périnée suffisamment allongé. De plus, les deux angles inférieurs doivent être assez allon-

gés et assez aigus pour éviter la formation d'une poche vaginale au-dessus du périnée (Schröder).

Le jalonnement et la tension des tissus s'obtiennent à l'aide de six pinces : la première est placée au sommet du futur avivement; une deuxième, en regard de celle-ci, au niveau de la commissure (elle facilitera beaucoup la pose symétrique des fils périnéaux);

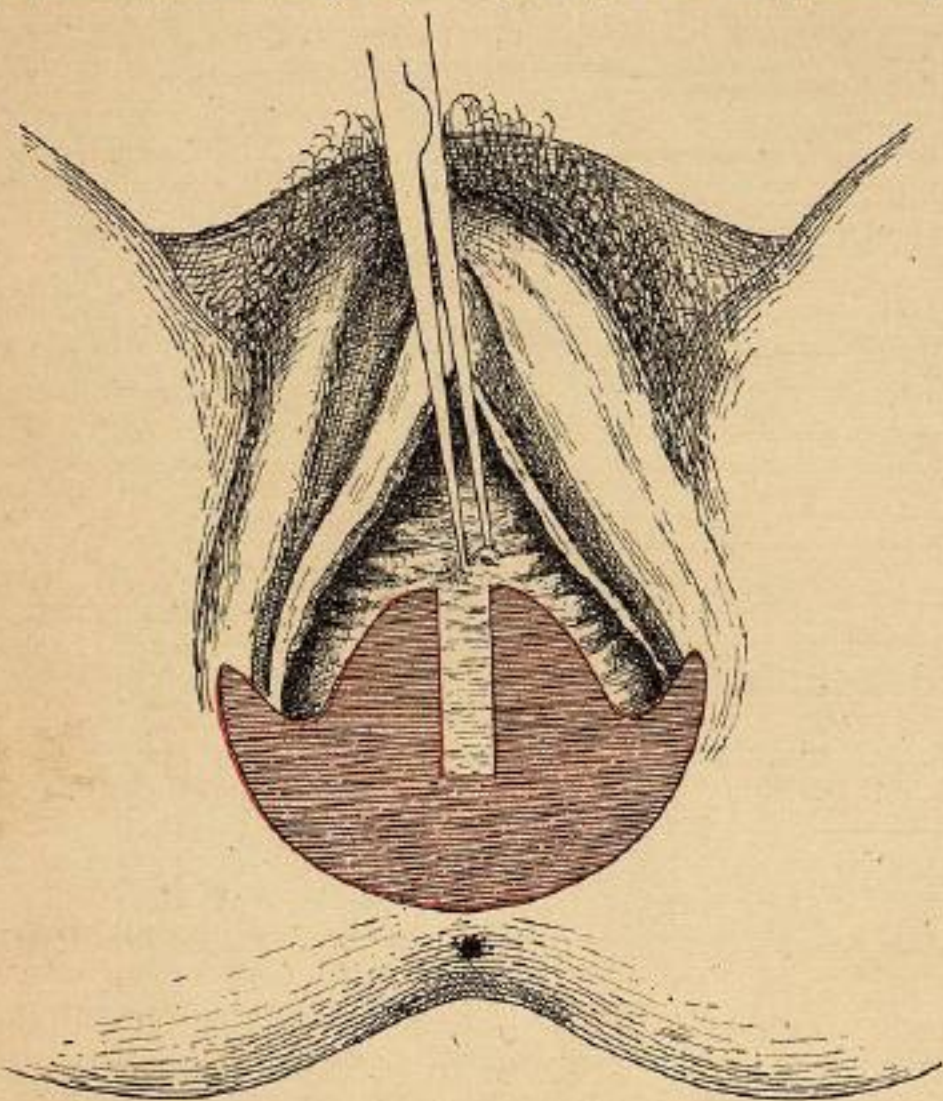


Fig. 203. — Colpopérinéorrhaphie, procédé de Martin.

deux autres (ou deux serres-fortes), aux deux extrémités de la base du triangle; les deux dernières (ou deux serres-fortes), au milieu de ses côtés latéraux. Il est utile, pour opérer ce jalonnement, de placer deux écarteurs sur les parois latérales du vagin et un troisième sur la paroi supérieure. Ce dernier seul sera conservé dans la suite de l'opération.

Si l'on opère par décollement, il faut s'attendre à plus de difficultés que pour la colporrhaphie antérieure, vu l'étendue plus grande de la surface à aviver, ses vallonements, le rétrécissement déjà produit par la colporrhaphie antérieure, la minceur de la cloison et l'effusion plus abondante du sang.

Lorsque le vagin présente des diverticules multiples et prononcés, le mieux est de procéder par étapes successives (trois ou quatre environ), de haut en bas. S'il s'agit, au contraire, d'une colpocele de degré moyen, si l'avivement ne doit pas s'élever très haut, on a tout avantage à décoller de la vulve vers le col, comme dans la colpopérinéoplastie. Seulement, on pousse le décollement plus loin et, au lieu d'abraser transversalement le lambeau, on le sectionne aux ciseaux suivant les deux courbes indiquées plus haut.

L'avivement se fait assez rapidement de bas en haut, avec les ciseaux, pour peu qu'on accentue la tension de la muqueuse, au début, avec l'index et le médius gauches placés dans le rectum et le pouce dans le vagin; à la fin, avec l'index et le médius gauches déprimant les surfaces déjà avivées.

On passe les crins transversalement et de haut en bas et on les noue à mesure jusqu'au milieu de la courbe décrite par les bords latéraux de l'avivement. Puis on passe, avec l'aiguille d'Emmet, des fils profonds, crins forts ou fils d'argent, destinés à reconstituer le périnée. Ces fils pénètrent dans la peau à 1 centimètre et demi des bords de la plaie et décrivent une courbe à convexité supérieure, comme dans le procédé de périnéorrhaphie d'Emmet. Le plus élevé pénètre au-dessous et à peu de distance des angles latéraux de l'avivement et s'élève jusqu'au deuxième changement de direction des bords latéraux. Les autres se rapprochent de plus en plus de l'anus. Trois ou quatre suffisent. Une pince à forcipressure est placée sur chacun des chefs de ces fils. Puis on leur superpose, de haut en bas, d'autres fils vaginaux qui ne doivent comprendre que les lèvres de la plaie et qu'on serre à mesure jusqu'au voisinage de la fourchette. Les plus inférieurs de ces fils sont relevés, sans être serrés, avec des pinces à forcipressure (une pince pour les deux chefs d'un seul fil).

On noue alors les fils périnéaux de bas en haut. Il faut tendre au préalable chacun d'eux pour rapprocher les tissus profonds de la peau, et assurer la coaptation superficielle à l'aide de pinces à verrou.

Enfin, l'on serre les derniers fils vaginaux donc le plus inférieur reconstitue la fourchette.

Le procédé de *colpopérinéorrhaphie* de Martin diffère du précédent, surtout par le dédoublement de la colporrhaphie. L'avivement du vagin, au lieu d'être d'un seul tenant, est séparé en deux par la colonne postérieure que l'on ménage intentionnellement. De plus, l'avivement périméal ne se fait qu'après la fermeture des plaies vaginales (fig. 205). La conservation de la colonne postérieure du vagin n'a qu'une minime importance; mais si l'on a recours, comme Martin, au surjet de catgut, on aura tout avantage, pour

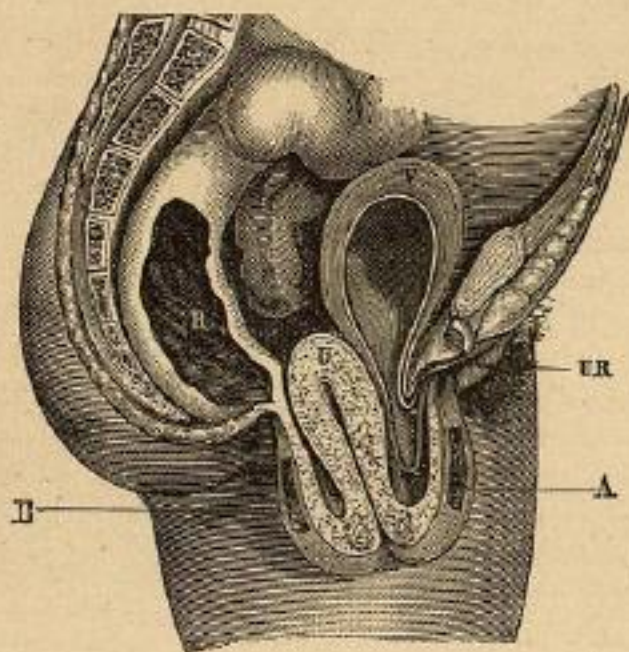


Fig. 206. — Cloisonnement du vagin, de Le Fort. — R, Rectum; UR, Urèthre; A, Avivement antérieur; B, Avivement postérieur; U, Utérus; V, Vessie.

éviter la désunion, à adopter son procédé qui rompt en trois tronçons la continuité de la suture.

2° Cloisonnement du vagin.

Ce procédé, imaginé par Le Fort, n'est plus guère employé. Il consiste à aviver deux surfaces rectangulaires, l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin, et à les réunir par deux rangées de sutures adossées par leurs anses et nouées latéralement (fig. 206 et 207).

3° Vaginofixation.

Pour pratiquer cette opération, Péan saisit les cloisons recto

et vésico-vaginales avec quatre pinces qu'il place sur leurs bords et de manière à les limiter exactement. De chaque côté, un des mors de la pince inférieure est introduit dans le rectum et l'autre dans le vagin, tandis que, pour la pince supérieure, une des branches, plus flexible, pénètre dans la vessie, et l'autre dans le vagin. Il traverse avec son aiguille chasse-fil, aussi profondément que possible d'avant en arrière, puis d'arrière en avant, en dehors des pinces, la paroi latérale du vagin, en comprenant, dans l'anse du fil, une grande épaisseur des tissus sous-muqueux. Plusieurs fils sont ainsi placés, à 2 centimètres d'intervalle, sur toute la hauteur du vagin, comme les barreaux d'une échelle dont les deux pinces du même côté forment, avec leurs deux mors en continuité, les montants. Les parois vaginales sont de la sorte suturées fortement aux parois correspondantes du bassin; les fils, laissés en place, coupent les tissus et il doit en résulter des brides cicatricielles qui rendent la fixation définitive.

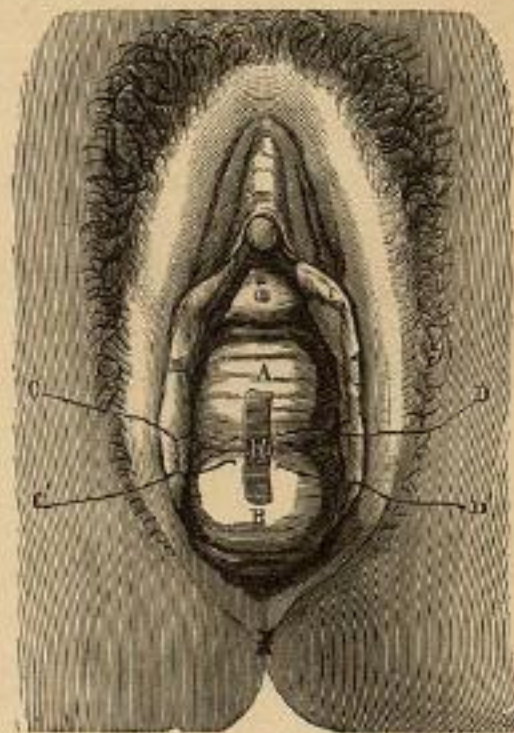


Fig. 207. — Cloisonnement du vagin, de Le Fort. — A, Surface avivée sur la paroi antérieure du vagin; B, Surface avivée sur la paroi postérieure; CC', Un fil du côté gauche; DD', Fil du côté droit.

IV. — COLPOHYSTÉROPEXIE SOUS-PÉRITONÉALE

La *colpohystéropexie* consiste dans la fixation de l'utérus par l'intermédiaire du vagin. C'est une méthode assez médiocre en raison de l'insuffisance du point d'appui.

1° Fixation du col par plissement du vagin.

Amussat cautérisait au fer rouge la paroi vaginale opposée à la déviation utérine; la bride cicatricielle qui en résultait devait ramener l'organe en bonne position.

Sims, au lieu de cautériser, suture un pli transversal du vagin.

De ces petits procédés peut se rapprocher l'extension pré-cervicale ou rétro-cervicale de la colporrhaphie, conseillée par Doléris, à titre d'adjuvant.

2° Colpohystéropexie proprement dite.

A. Colpohystéropexie postérieure. — a. OPÉRATION DE SÄNGER. — Säger place et noue, de chaque côté de la lèvre postérieure du col,

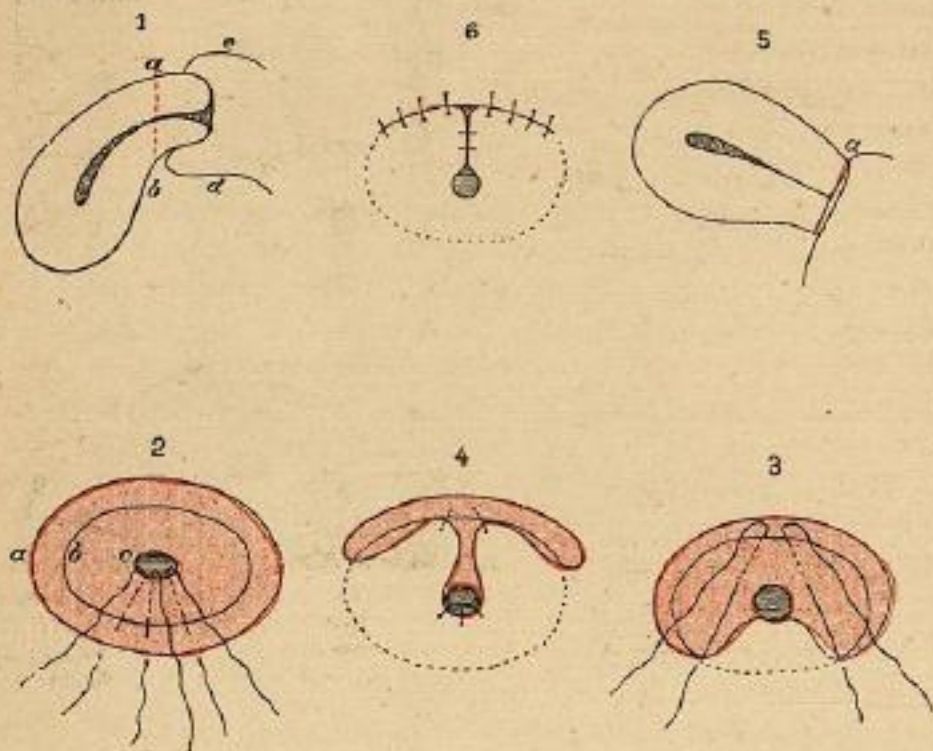


Fig. 208. — Colpohystéropexie vaginale (procédé de Nicolétis). — 1, Utérus en rétroversion; *ab*, ligne sur laquelle doit porter la section; *cd*, parois vaginales. — 2, Moignon utérin vu de face après l'amputation sus-vaginale, passage des trois fils médians; *a*, paroi vaginale; *b*, bord antérieur du moignon; *c*, orifice utérin. — 3, Fixation de la paroi vaginale postérieure à l'orifice utérin, passage des deux fils latéraux. — 4, Fixation de la paroi vaginale postérieure au bord antérieur du moignon. — 5, Utérus redressé; *a*, insertion des deux parois vaginales sur le bord antérieur du moignon. — 6, Suture complète.

deux fils longitudinaux en anse qui passent successivement dans cette lèvre, au-dessus du cul-de-sac vaginal et enfin dans ce cul-de-sac.

b. COLPOHYSTÉROPEXIE APRÈS HYSTÉRECTOMIE CERVICALE. — Cette opération, exécutée sur le cadavre par Nicolétis (1887), a été mise en pratique par Richelot (1889).

Le premier temps est représenté par l'amputation sus-vaginale circulaire du col (fig. 208, n° 1).

Le deuxième temps, par la fixation de la paroi postérieure du vagin au bord antérieur du moignon cervical. On passe d'abord trois fils de catgut médians, de la lèvre postérieure de l'incision vaginale, *a*, dans la moitié postérieure du moignon cervical, *bc*, de manière à les faire ressortir par l'orifice utérin (fig. 208, n° 2). De chaque côté, un autre fil, passé de même à travers la lèvre postérieure de l'incision vaginale, pénètre dans le bord antérieur du moignon (fig. 208, n° 3); en serrant ces derniers fils, on recouvrira les parties latérales du moignon avec la muqueuse vaginale (fig. 208, n° 4). L'affrontement des deux lèvres de la muqueuse vaginale est alors complété par des points superficiels (fig. 208, n° 6). L'insertion de la paroi vaginale postérieure, ainsi reportée en avant du moignon, tire sur lui, par une sorte de mouvement de sonnette (fig. 208, n° 5), et doit, théoriquement, faire basculer en avant le fond de l'utérus.

c. OPÉRATION DE BYFORD. — Elle agit d'une façon analogue à la précédente et consiste à suturer, après avivement, la paroi antérieure du col avec la paroi postérieure du vagin. On ne peut évidemment y recourir qu'après la ménopause.

B. Colpohystéropexie antérieure. — Rabenau sépare la paroi antérieure de l'utérus, de la vessie, l'excise sur une hauteur de 4 cent., et suture la surface de section à la tranche du vagin.

C. Colpohystéropexie double. — Jacobs (1) combine la colpohystéropexie postérieure de Säger à la colpohystéropexie transpéritonéale de ce même auteur (2), sauf qu'il n'ouvre pas le péritoine.

V. — OPÉRATIONS POUR FISTULES GÉNITALES

1° Opérations pour fistules uro-génitales.

A. Méthodes directes.

a. Fistules vésico et uréthro-vaginales.

1° Cautérisation. — Elle se fait avec le nitrate d'argent ou d'autres caustiques chimiques, avec le thermo-cautère ou, mieux encore, avec l'électro-cautère introduit à froid et chauffé sur place, dans le trajet.

2° Réunion immédiate secondaire. — La cautérisation est pratiquée comme ci-dessus et on la renouvelle au besoin. Après la chute des eschares, c'est-à-dire vers le douzième jour (Amabile), on réunit les bords bourgeonnants au moyen de sutures (Verneuil)

(1) Septième congr. franç. de chir., 1893.

(2) Voir Livre III.

ou avec les *griffes en râteau* d'Amabile, qu'on laisse en place de cinq à huit jours.

3° Réunion primitive par avivement et suture. — A. TRAITEMENT PRÉPARATOIRE. — Tout le secret de la réussite, dans le traitement des fistules par la réunion primitive, réside dans le *traitement préparatoire*.

Si le vagin est rétréci, induré, et la fistule immobilisée par des tractus cicatriciels, on peut faire la dilatation extemporanée (Simon, Hégar) en sectionnant les brides et en introduisant des sondes ou des spéculums cylindriques de calibre progressif. Mais la dilatation graduelle et lente, préconisée par Bozeman (1886), modifiée et adoptée par Bandl, Pawlik, Hoffmeier, etc., assouplit les tissus d'une façon plus durable, s'ils sont profondément altérés, et permet d'éviter le danger de rupture. Elle consiste, après section, s'il y a lieu, des brides cicatricielles, à maintenir le canal béant au moyen de boules sphériques, ovoïdes ou cylindriques de diamètre croissant, en caoutchouc durci (Bozeman), ou en verre (Sims), ou encore et plus simplement, à l'aide d'éponges préparées ou d'un tamponnement méthodique à la gaze iodoformée.

On continuera la dilatation graduelle pendant longtemps, voire plusieurs semaines, et on y joindra des injections antiseptiques chaudes, à chaque changement d'appareil.

Si l'urèthre est rétréci, on lui rendra son calibre à l'aide du cathétérisme et en usant, au besoin, de la divulsion. S'il est *oblitéré*, on fera une uréthrotomie externe et on reconstituera le canal aux dépens de la muqueuse vaginale libérée et suturée au-dessous d'une sonde à demeure; ou bien, on établira un nouveau canal juxta-urétral au moyen d'un drain conduit jusque dans la vessie (B. Brown, L. Tait).

Dans tous les cas, il faut, par des injections, des lotions, des topiques appropriés, traiter préalablement les excoriations, les érythèmes, la cystite, et assurer l'asepsie du vagin. On conseillera aussi un traitement tonique général et l'ingestion de cachets de salol, afin de rendre, autant que possible, l'urine aseptique. Un purgatif est administré l'avant-veille, et un grand lavement la veille au soir.

B. OPÉRATION. — Elle comprend trois temps : *découverte de la fistule, avivement et suture*.

Il n'est pas d'opération pour laquelle on ait imaginé une instrumentation aussi variée; mais on peut simplifier considérablement le nombre et la nature des instruments et se servir d'une table opératoire quelconque.

a. *Découverte de la fistule.* — La malade est placée dans la position qui expose le mieux le champ opératoire : position gèneu-pectorale, si la fistule siège très haut (Bozeman, Neugebauer), latérale (Sims), position de la taille. Cette dernière est la moins pénible et convient à la généralité des cas. Deux aides, placés latéralement, déprimeront le périnée au moyen d'une valve de Simon, écarteront les parois du vagin, aideront à tendre les bords de la fistule et maintiendront les fils. Une sonde vésicale fera saillir la fistule (Hégar). L'abaissement du col est presque toujours d'une grande utilité. Si l'on n'opère pas sous une irrigation continue, un troisième aide sera chargé d'étancher le sang au moyen de petits tampons d'ouate trempés dans une solution antiseptique faible, bien exprimés et montés sur des pinces.

L'opération n'est pas très douloureuse et peut, à la rigueur, se faire après anesthésie locale à la cocaïne; mais la chloroformisation assure beaucoup mieux l'immobilité de la malade.

b. *Avivement.* — Il peut se faire suivant deux procédés : par *excision conoïde* d'une collerette de muqueuse vaginale autour de l'orifice fistuleux, lorsque celui-ci est de petites dimensions et présente des bords épais et vasculaires; par *dédoublement*, lorsque la perforation est large, le vagin étroit et résistant, et lorsque les bords de la fistule sont scléreux et peu vasculaires.

Excision simple. — On trace au bistouri une incision circulaire, à 4 ou 5 millimètres et même, s'il y a sclérose, à 2 ou 3 centimètres du pourtour de la fistule [avivement en cône à base large — procédé américain (Bozeman, Sims)].

Un bistouri droit à long manche, à lame fine et parfaitement tranchante, coudé si la fistule est difficilement accessible, est introduit par l'incision qu'on vient de dessiner, pénètre obliquement et par transfixion sous la muqueuse vaginale et sort sur le bord de la fistule à l'union des deux muqueuses (fig. 209).

Ce bord étant bien tendu au moyen de petits crochets ou de pinces à mors fins, on excise à longs traits toute la collerette conoïde limitée, en dehors, par l'incision qu'on a tracée et qu'on suit fidèlement, en dedans, par la ligne de réunion des deux muqueuses; on enlève soigneusement tout le tissu cicatriciel. Si l'excision a été faite par lambeaux détachés et qu'on ait laissé quelques îlots de muqueuse, on les excisera avec de fins ciseaux coudés : ceux de Simon sont plus utiles pour cet usage que pour pratiquer la totalité de l'avivement.

Sans attacher autant d'importance que les Américains à la blessure de la muqueuse vésicale, il vaut mieux, contrairement à la

façon de faire de Simon, éviter de la sectionner, parce qu'elle saigne abondamment.

Si la fistule siège au voisinage du triangle de Lieutaud, on évitera d'intéresser l'urèthre.

Si elle est *juxta-cervicale superficielle*, l'avivement portera, dans sa moitié antérieure, sur la cloison vaginale et, dans sa moitié postérieure, sur le tissu même de la lèvre antérieure du col; il

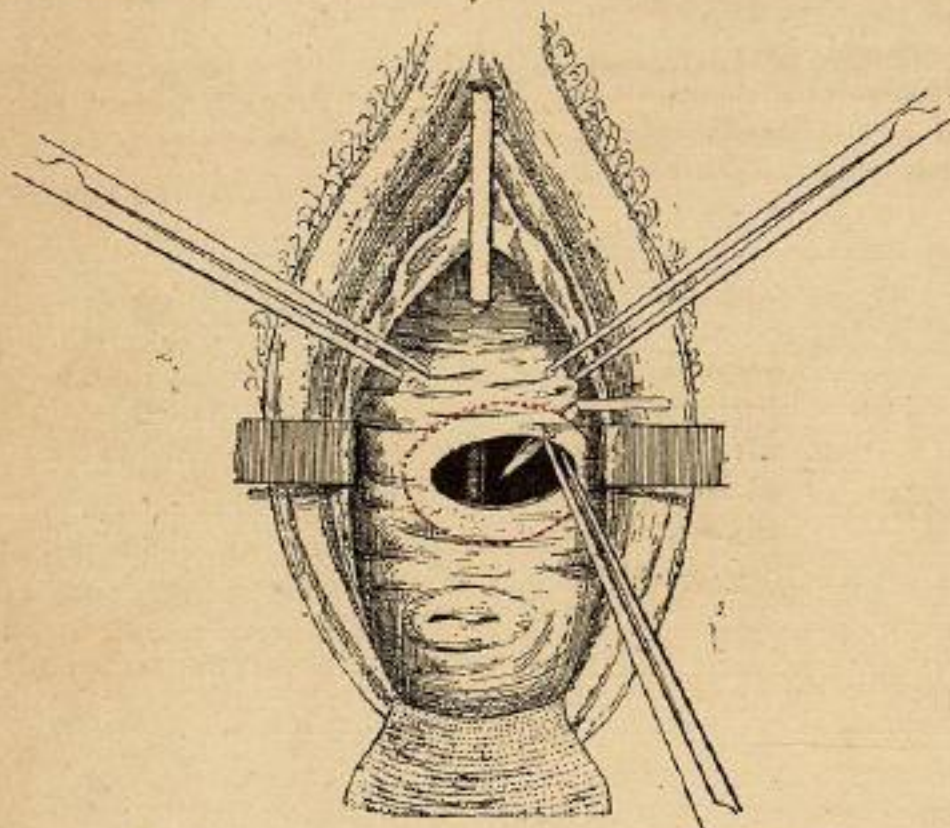


Fig. 200. — Avivement d'une fistule vésico-vaginale par excision.

devra être fait très largement sans économiser les portions de tissu scléreux qu'on rencontre.

Les fistules sont-elles multiples, on les avivera séparément en respectant les ponts de tissus qui les séparent, s'ils sont suffisamment larges et vivaces. Dans le cas contraire, on commencera par les réunir en une perforation unique.

D'une manière générale, on s'efforcera de diriger le grand axe de l'avivement perpendiculairement à celui du vagin, afin de réduire au minimum la tension des fils. Si la fistule est *circulaire et petite*, l'avivement sera prolongé transversalement à ses deux extrémités, de manière à figurer une ellipse. Si elle est *irrégulière et large*, il

en suivra les bords; la ligne de suture aura en ce cas une figure assez irrégulière, celle d'un Y (fig. 210), d'un X, par exemple.

L'hémorrhagie se borne généralement à un suintement en nappe; si une artériole vient à donner, on la comprime provisoirement avec un petit tampon et la suture assurera son occlusion définitive. Une pince à forcipressure meurtrirait ou arracherait les bords de l'avivement et encombrerait le champ opératoire.

On peut encore, comme pour la colporrhaphie, faire l'avivement en plusieurs temps et suturer au fur et à mesure.

Dédoublement autoplastique. — Pratique pour la première fois par Blasius (1839), puis par Collis (1861), L. Tait (1881), Von Herff (1887), il est très usité en Allemagne (Sänger, Fritsch, Walcher, etc.), et doit être employé, de préférence, toutes les fois que la perte de sub-

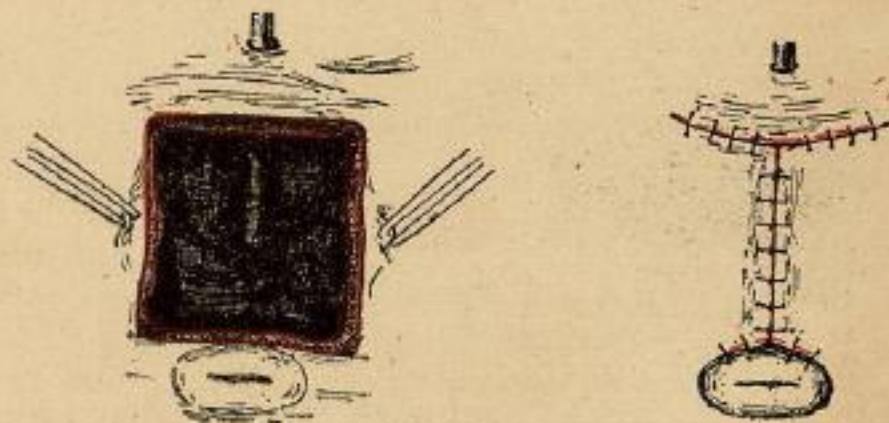


Fig. 210. — Fistule vésico-vaginale très étendue de forme quadrangulaire, après l'avivement et la suture.

stance est très large ou entourée de tissus raréfiés et peu extensibles, surtout si elle siège au niveau de l'urèthre.

Ce procédé consiste à fendre les bords de la fistule sur tout son pourtour, afin de dédoubler la cloison vésico-vaginale en deux feuilletts égaux (Collis). L'étendue à donner au dédoublement est subordonnée aux dimensions de la fistule, à l'état plus ou moins scléreux de ses bords et à la laxité des tissus voisins.

De cette façon, il n'y a pas de perte de substance et, en cas d'échec, le malade ne se trouvera pas dans des conditions pires qu'avant son opération, comme il arrive après l'excision.

c. *Suture.* — On se servait exclusivement, autrefois, de fils d'argent qu'on passait avec des aiguilles spéciales (Sims, Simpson, Neugebauer, etc.) et dont on assurait la striction au moyen d'un grand luxe de tord-fils, de fulchrums, de pinces à verrou, de pla-

ques perforées en plomb, en ivoire, de grains ou de tubes en plomb, etc. La soie fine et plate et le crin de Florence sont d'un maniement plus facile. Le catgut, employé par Hofmeier, s'infecte plus aisément et se résorbe souvent trop tôt. Comme aiguilles, on se servira de fines aiguilles courbes, rondes ou plates, montées sur un porte-aiguille quelconque, à cran d'arrêt et à manche suffisamment long.

Quand l'avivement a été fait par *excision*, une série de points séparés, profonds, ou *sutures libératrices*, pénètrent à 5 ou 6 millimètres (Simon) en dehors de l'avivement, cheminent au-dessous de la surface cruentée, sortent à la limite de la muqueuse vésicale, sans l'intéresser, puis suivent un trajet symétrique en sens inverse. Ces points alternent avec des *sutures d'affrontement* qui pénètrent

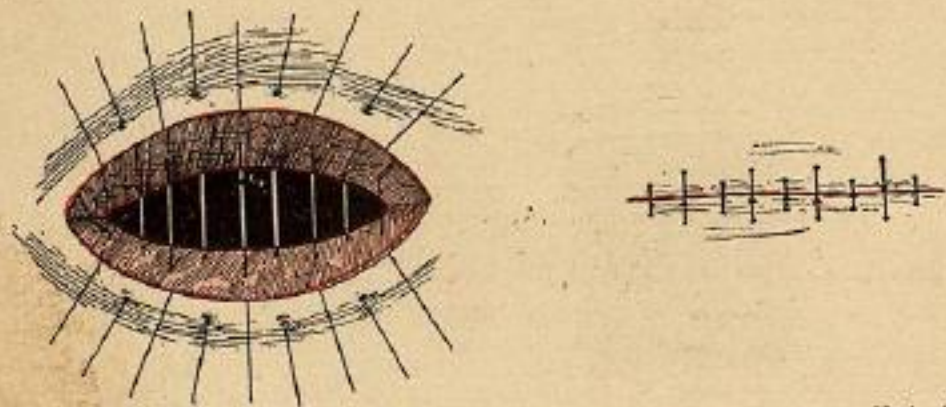


Fig. 211. — Suture de la fistule vésico-vaginale après avivement par excision; N° 1, fils profonds et superficiels en place; N° 2, les fils sont serrés.

très près du bord de la plaie et suivent le même trajet. Ils doivent être distants seulement de 3 à 5 millimètres; les deux points extrêmes seront placés en dehors de l'avivement pour relâcher les tissus.

La direction générale des sutures doit être, autant que possible, perpendiculaire au grand axe de l'avivement et transversale par rapport au vagin, mais dépendra surtout du sens de la moindre tension.

Si la tension est extrême, on pourra recourir à la suture *en échelle* imaginée par Doléris (1). Elle consiste en une série bilatérale de points verticaux, croisant perpendiculairement les points de réunion dont ils maintiennent les anses.

On facilite le passage des fils en tendant le vagin au moyen de

(1) Voir *Nouv. archiv. d'obstétrique et de gynécologie*, 1888, p. 339.

pincés à mors tenus; on évitera de les faire pénétrer dans la vessie. On peut encore, à l'exemple de Simon, se servir d'un fil armé de

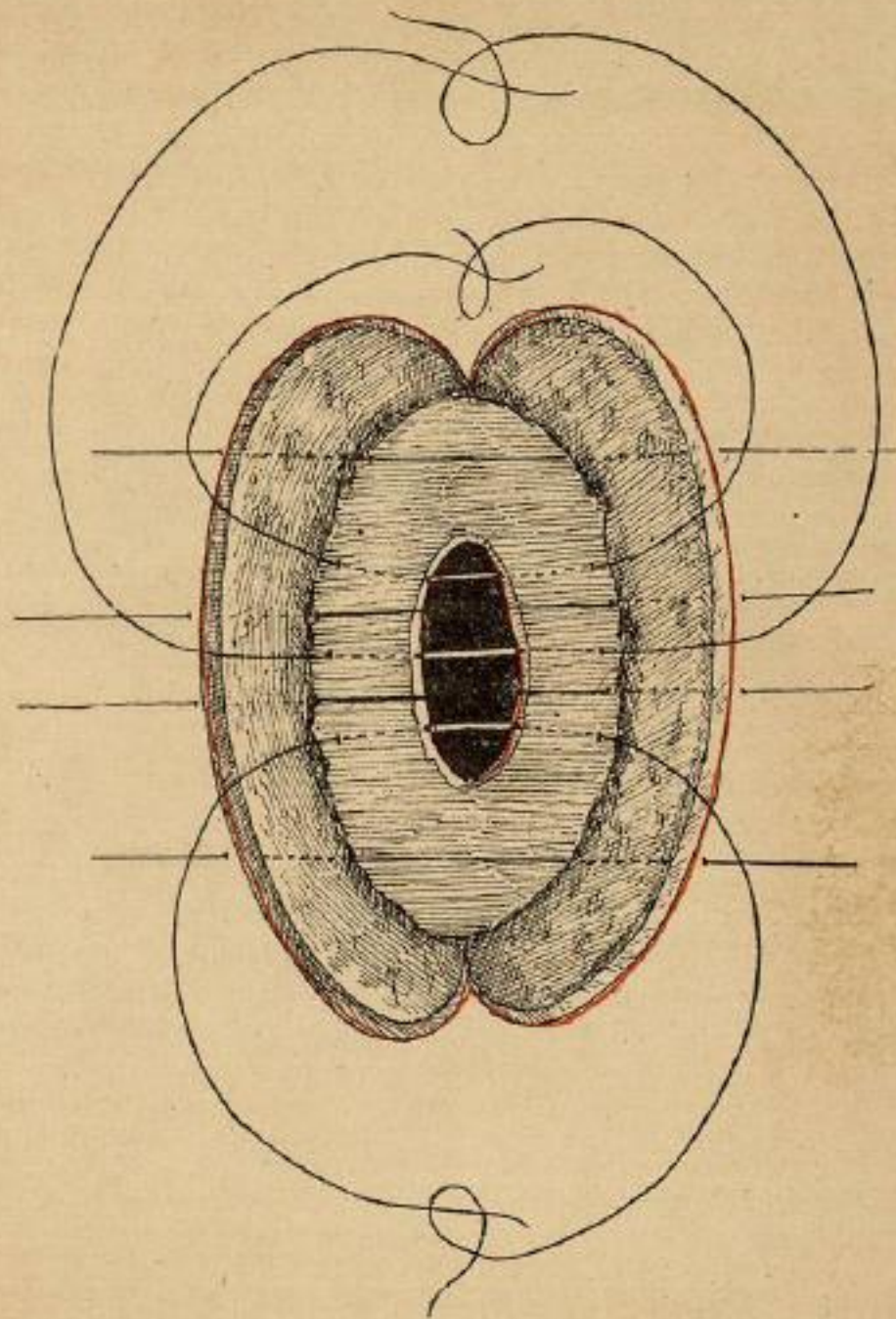


Fig. 212. — Opération de la fistule vésico-vaginale par dédoublement (Walcher).

deux aiguilles qu'on passe de chaque côté, de dedans en dehors.

Tous les fils, une fois passés, sont saisis à mesure dans des pincées à forcipressure, pour n'être point confondus; puis on les serre suc-

cessivement, sous un courant d'eau aseptique, en commençant par les points extrêmes et en veillant de très près à la coaptation. Si l'on ne craint pas de déchirer les tissus, on serrera d'abord les points d'affrontement, et ensuite, les points de relâchement.

La suture faite, on pratique dans la vessie une injection de 200 à 300 centimètres cubes, pour contrôler l'exactitude de l'oblitération; on cimente d'iodoforme la ligne de suture et on termine par un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Lorsqu'on a pratiqué le *dédoublé* des lambeaux, on peut suturer isolément la muqueuse vésicale avec du catgut fin et la muqueuse vaginale, à points séparés, au crin de Florence ou à la soie (fig. 212). Collis fait une suture en surjet à deux plans. On peut encore se contenter d'adosser à elles-mêmes les deux muqueuses vésicale et vaginale, par un seul plan de sutures, en faisant sortir les fils au sommet de l'angle dièdre formé par le dédoublé.

C. TRAITEMENT CONSÉCUTIF. — Sims, Bozemann, Heinricius, etc., ont recours à la sonde à demeure jusqu'au douzième jour après l'ablation des fils. Pozzi ne la laisse en place que quarante-huit heures. D'autres, comme Simon, font uriner la malade spontanément ou par le cathétérisme répété toutes les deux ou trois heures. Nous croyons que, si l'occlusion est parfaite et la tension modérée, on peut adopter cette dernière façon de faire et que, dans les conditions inverses, il vaut mieux laisser en place, pendant quatre ou cinq jours, une sonde sigmoïde de Sims, ou mieux, celle de Malécot (1); on combattra le catarrhe, s'il y a lieu, par des injections boriquées.

On ne renouvellera le tamponnement vaginal que tous les trois ou quatre jours et avec beaucoup de précautions.

Les fils seront enlevés le huitième jour, en totalité ou en partie, suivant l'état de la réunion. En tout cas, on n'en laissera pas au delà du dixième jour. S'il persiste un petit pertuis, on le touchera au nitrate d'argent et, si la désunion est plus grande, on pourra tenter la réunion immédiate secondaire.

La malade sera nourrie légèrement; dès le troisième jour, on lui donnera un laxatif et on assurera, par la suite, une garde-robe quotidienne. On lui permettra de se lever du douzième au quinzième jour.

b. Fistules vésico-cervicales.

Les soins préliminaires sont les mêmes que précédemment.

Le procédé opératoire varie suivant l'accessibilité et les dimensions de la fistule.

(1) Malécot, 6^e Congrès français de chirurgie, 1892.

Fistule accessible et large. — L'avivement se fera sur son pourtour, en forme de cône, de la cavité cervicale vers la vessie. La suture sera identique à celle des fistules vésico-vaginales (fig. 213, A).

Fistules peu accessibles. — On y accédera en dilatant préalablement le col, ou en l'ouvrant à l'aide de deux incisions latérales qu'on suturera ensuite; puis on procédera comme plus haut. Si la fistule

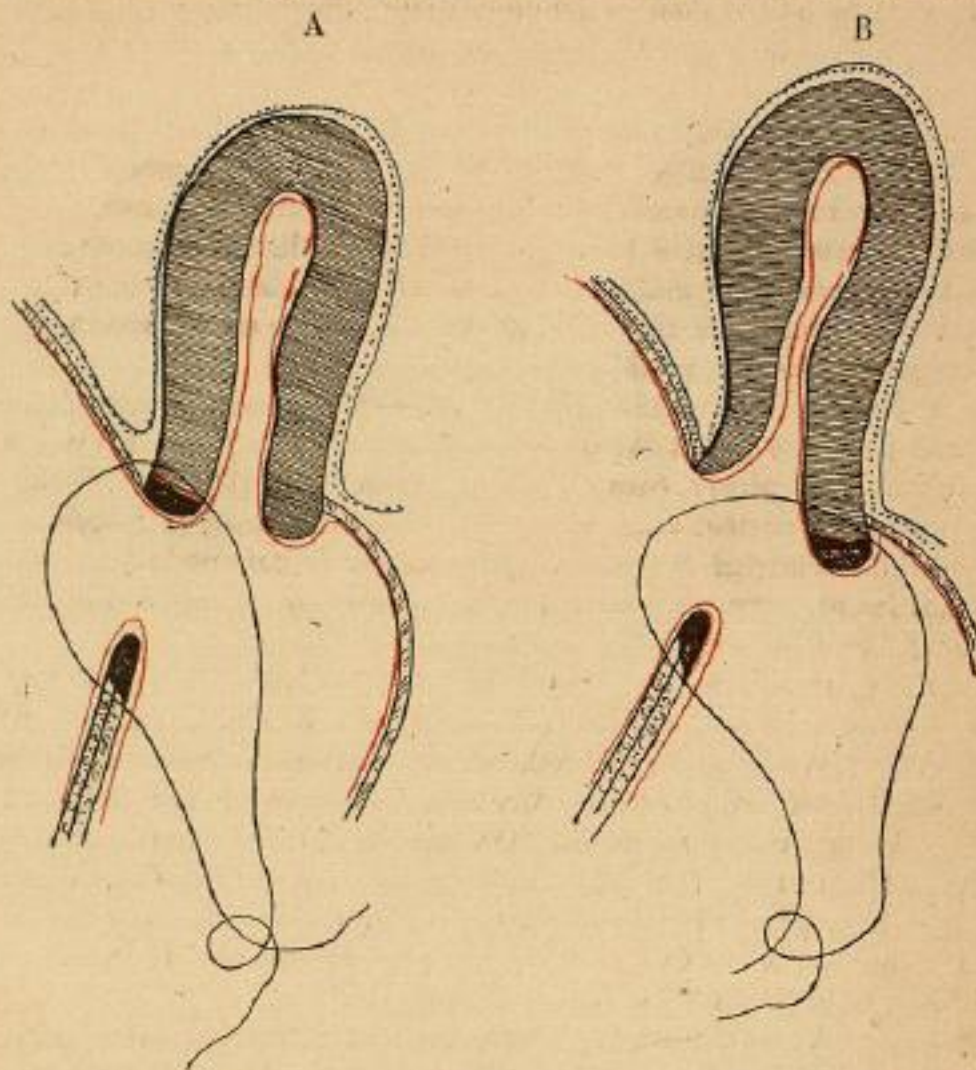


Fig. 213. — A, Fistule juxta-cervicale superficielle; avivement et trajet des fils
B, Fistule juxta-cervicale profonde; avivement et passage des fils.

siège latéralement, on peut comprendre le pertuis dans l'incision, en réséquer les bords et suturer comme dans la trachélorrhaphie d'Emmet (Sänger, Schröder, Philimanoff, etc.). Si elle est médiane et très élevée, on disséquera la cloison vésico-vaginale jusqu'au-dessus de l'orifice fistuleux, on avivera et on suturera isolément les deux orifices, vésical et utérin (Follet, Wölfler, Champneys). Ou

encore, on incisera directement la lèvre antérieure jusque sur la fistule, on avivera ses bords et on suturera comme dans la trachélorrhaphie (von Herff).

c. Fistules uretéro-vaginales simples.

Premier temps. — On crée d'abord une fistule vésico-vaginale artificielle près de l'orifice uretéro-vaginal. Pour cela, on excise un petit lambeau ovale de la cloison vésico-vaginale et on suture les deux muqueuses l'une à l'autre.

Deuxième temps. — Il comporte plusieurs procédés :

1° PROCÉDÉ DE SIMON (1). — En se guidant sur une sonde introduite par la fistule dans le bout supérieur de l'uretère, on incise l'extrémité intra-pariétale de ce conduit, de manière à le transformer en gouttière et à remonter ainsi son orifice au-dessus de la fistule. On traite, dans une seconde opération, la fistule ainsi transformée en fistule vésico-vaginale.

2° PROCÉDÉ DE LANDAU (2), BANDL (3). — Une sonde est introduite dans l'uretère par la fistule artificielle, ramenée dans la vessie au moyen de pinces, puis on la fait ressortir par l'urèthre : l'écoulement de l'uretère étant ainsi reporté à l'extérieur, la fistule est assimilée à la variété vésico-vaginale et traitée comme telle en plaçant les fils perpendiculairement à la sonde qu'on laisse quelques jours en place.

3° PROCÉDÉ DE SCHEDE (4), TRÉLAT (5). — Il consiste à exciser une collerette péri-fistulaire de la muqueuse vaginale, en respectant une zone de 3 ou 4 millimètres, immédiatement concentrique à l'orifice fistuleux. On suture face à face les deux surfaces avivées : l'orifice, s'ouvrant sur la gouttière que lui forme la muqueuse vaginale conservée, l'urine se trouve ainsi reportée dans la vessie. Schede a pratiqué préalablement, comme dans le procédé de Landau, une ouverture vésicale et le cathétérisme de l'uretère. Ces deux temps de l'opération sont inutiles (Trélat).

4° PROCÉDÉ DE POZZI (6). — Pozzi dédouble transversalement les bords postérieur et antérieur de la fistule et suture les deux lambeaux affrontés par leur surface cruentée.

Lorsque le bout de l'uretère est facilement accessible, on peut, comme Hergott (7), le disséquer par dédoublement sur une cer-

(1) Simon, *Wien med. Wochr.*, 1876, p. 662.

(2) Landau, *Arch. f. gyn.*, 1876, p. 426.

(3) Bandl, *Wien. med. Woch.*, 1877, nos 30 et 32.

(4) Schede, *Centr. f. gynec.*, 1881, n° 23.

(5) Trélat, *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 23 février 1887.

(6) Pozzi, *Soc. de chirurgie*, 13 février 1887.

(7) Hergott, *Ann. de gynécologie*, juin 1888.

taine hauteur, de manière à le rendre flottant et à le reporter dans la vessie, puis suturer le lambeau postérieur de ce dédoublement à la lèvre antérieure de la fistule, après l'avoir simplement avivée.

On peut appliquer tous ces procédés aux fistules vésico-utéro-vaginales, en les modifiant suivant les cas.

Pronostic des méthodes directes.

Dans les cas, d'ailleurs les plus fréquents, de fistules vésico et uréthro-vaginales, les opérations précédentes sont d'un pronostic bénin et atteignent ordinairement le but qu'elles se proposent.

Il est toujours facile de se rendre maître de l'hémorrhagie primitive. L'hémorrhagie secondaire, qui peut survenir du troisième au cinquième jour, s'arrête en général par le tamponnement; si elle se fait dans la vessie et en assez grande abondance, il faut sacrifier la suture et rechercher le vaisseau intéressé.

La ligature d'un uretère se signale par les symptômes de l'hydronephrose aiguë et nécessite la section des fils placés à son niveau.

Les complications infectieuses sont actuellement exceptionnelles.

L'incontinence d'urine peut persister plus ou moins longtemps, surtout dans les fistules anciennes, en raison de la parésie du sphincter et de la rigidité du réservoir.

On lui opposera, suivant les cas, l'extrait d'hydrastis (Martin), la faradisation de l'urèthre, les courants continus, les injections dilatatrices (Hégar), la création d'un sphincter artificiel, le rétrécissement ou la déviation de l'urèthre (opérations de Winckel et de Pawlik; voir: liv. II, chap. 1).

B. Méthodes indirectes.

a. Hystéro-cléisis (oblitération du museau de tanche).

1° Dans le cas de fistule vésico-cervicale proprement dite, on suture, après avivement, la surface intra-cervicale des deux lèvres du museau de tanche et l'on agrandit au besoin le trajet fistuleux, pour permettre le passage du sang menstruel dans la vessie.

2° Dans le cas de fistule vésico-cervicale profonde, avec destruction de la lèvre antérieure du col, on suture, après avivement, le bord vaginal de la fistule avec le bord libre de la lèvre postérieure du col (fig. 213, B).

b. Colpocléisis (Simon, Hégar, etc.) (oblitération du vagin).

L'opération comporte, comme premier temps, la formation d'une *fistule vésico-vaginale artificielle* (Simon), lorsqu'il s'agit d'une *fistule urétéro-cervicale* ou *vésico-cervicale étroite* et inaccessible, ou d'une *fistule urétéro-vaginale* inopérable directement. S'il s'agit d'une *fistule vesico* ou *uréthro-vaginale* de petites dimensions, on l'agrandit, au

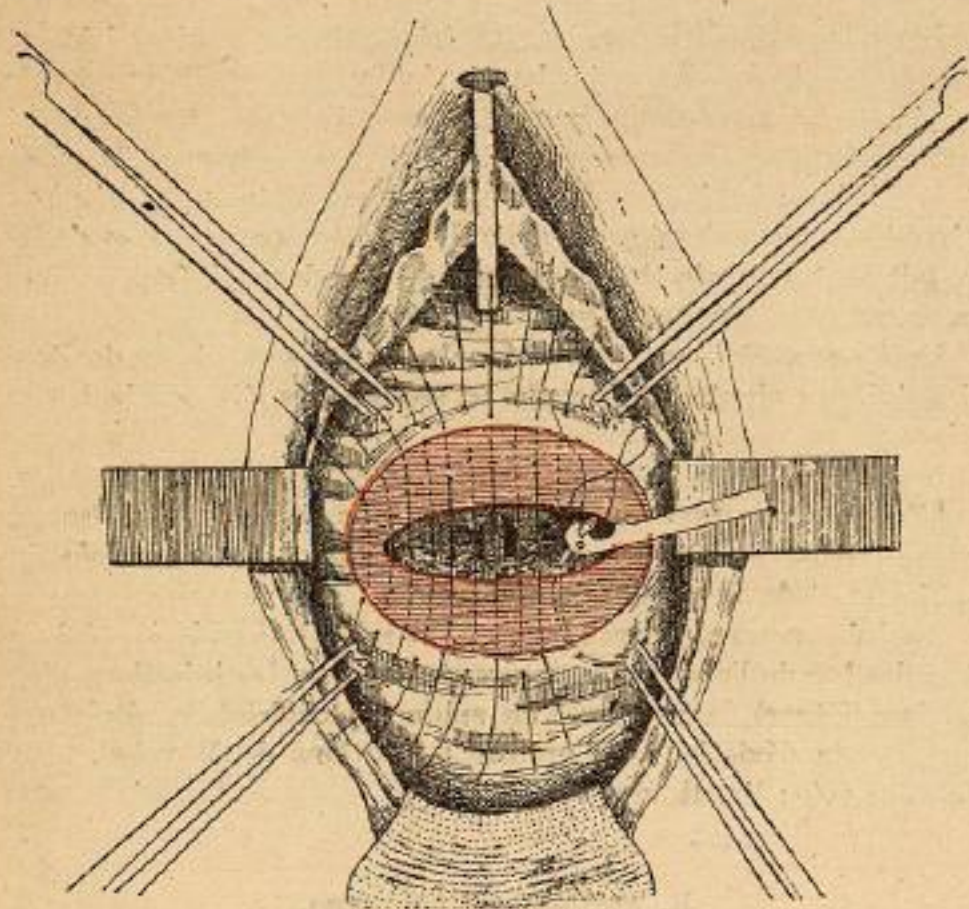


Fig. 214. — Colpocléisis.

besoin, pour permettre le libre écoulement du sang et le retour de l'urine.

Dans un second temps, on excise au-dessous de la fistule, aussi haut que possible (pour permettre le coït), une bandelette circulaire de muqueuse vaginale, ayant 1 centimètre et demi à 2 centimètres de hauteur. Puis on place des sutures qui pénètrent de bas en haut, pour la moitié antérieure de l'avivement et de haut en bas, pour sa moitié postérieure. En serrant les fils, on affronte les surfaces avivées correspondantes (fig. 214).

c. Épisiorrhaphie.

L'épisiorrhaphie n'est que le colpocléisis reporté à la vulve. Elle consiste dans l'avivement et la suture du pourtour vulvaire. On y a recours lorsque la fistule siège très bas.

d. Opération de Rose.

L'opération de Rose (1878), déjà pratiquée par Baker Brown et Maisonneuve, applicable, comme ressource extrême, lorsque le sphincter vésical est lésé, a pour but de dériver l'écoulement de l'urine par l'anus et exige le fonctionnement régulier du sphincter anal.

Dans une première opération, on crée une *fistule recto-vaginale* artificielle en incisant la cloison et en suturant ensemble les muqueuses vaginale et rectale. Au bout de quelques semaines, on obtère la vulve et l'urètre. L'urine et le sang menstruel se déversent alors dans le rectum en passant par le vagin.

Enfin, on pourrait exceptionnellement oblitérer l'urètre et créer une fistule vésico-abdominale, plus facile à obturer au moyen d'une pelote.

Ces diverses opérations ne sont justifiées que comme pis aller, car elles présentent beaucoup d'inconvénients et de dangers : rétrécissements des orifices artificiels et accidents dus à la rétention de l'urine ou du sang menstruel ; accidents d'infection ascendante du côté des voies urinaires et génitales, du fait de la pénétration des matières et des gaz dans le vagin (opération de Rose) ; formation de calculs vaginaux ; stérilité ; impossibilité du coït, etc.

Pour la *néphrectomie*, voir les traités spéciaux.

2° Opérations pour fistules recto-vaginales.

Traitement préparatoire. — On tâchera de réaliser le mieux possible l'asepsie du terrain opératoire : du côté du vagin, par les injections et pansements ordinaires ; du côté du rectum, par un ou plusieurs purgatifs suivis de grands lavages et de l'administration de naphтол durant huit à dix jours ; immédiatement avant l'opération, on fera un lavage à l'acide borique.

La chloroformisation est nécessaire.

A. Méthodes de colpo-périnéorrhaphie (Voir: liv. II, chap. 1.)

Colpo-périnéorrhaphie d'Hégar. — On peut pratiquer l'avivement triangulaire d'Hégar, en le poussant au delà des limites de la fistule (Bouilly, Segond, 1890) et, avant de suturer comme à l'ordinaire, fermer la perforation rectale par la suture perdue de Lauenstein, analogue à celle de Lambert pour l'intestin.

Dédoublement de bas en haut. — Le procédé du dédoublement de bas en haut (L. Tait) est actuellement le procédé de choix (A. Guérin, Verneuil, Quénu, Desprès, Félizet, etc.).

1^{er} Cas. — *La fistule ne siège pas très haut.* — Si le périnée est suffisamment étoffé et la fistule peu élevée, on se contentera de dédoubler la paroi recto-vaginale, à la façon de Tait, et l'on placera les sutures comme dans le procédé à lambeau unique de Tait, ou la périnéoplastie de Doléris, en ayant soin de fermer isolément l'orifice rectal au catgut perdu, et l'orifice vaginal à la soie fine. Si le périnée est déjà profondément déchiré, on le sectionne jusqu'à la fistule et l'on procède comme dans le cas de déchirure complète.

2^{me} Cas. — *La fistule est très élevée.* — On poursuit encore le dédoublement jusqu'au-dessus de la fistule, mais l'on bourre la plaie de gaze iodoformée au lieu de chercher à la suturer. A. Guérin suture de plus, isolément, le rectum et le vagin. Quénu fait de même et relâche le sphincter anal en l'incisant en arrière.

Félizet ne suture pas l'orifice vaginal et sectionne la paroi rectale depuis l'orifice jusqu'au sphincter inclusivement.

B. Méthodes d'oblitération directe.

a. Oblitération directe par le vagin.

1^o **Avivement avec perte de substance.** — La technique est analogue à celle que nous avons indiquée pour les fistules urinaires.

Pour tendre les bords de la fistule, on y fixera des pinces, ou bien, l'on introduira dans le rectum un tampon de gaze, un petit ballon de Petersen ou l'index gauche revêtu d'un doigt de caoutchouc (Le Dentu). On avivera largement le pourtour de l'orifice et on le fermera au moyen de deux plans de sutures à points alternés: *points de relâchement* et *points d'affrontement*. Ces derniers ne doivent comprendre que la muqueuse vaginale et sont serrés les premiers; les autres cheminent sous toute la largeur de la sur-

face cruentée en respectant la muqueuse rectale. On se servira, comme fils, de crins de Florence ou de minces fils d'argent réunis par des tubes de Galli. La direction à donner aux fils sera indiquée par le sens de la moindre tension.

2^o **Procédés d'autoplastie.** — Ils ne peuvent faire l'objet d'une description générale. Nous ne citerons qu'à titre d'indication les procédés: du *dédoublement*, tel qu'il a été décrit pour les fistules vésico-vaginales d'après Walcher, et modifié par Sânger (1), qui pratique à la soie la suture isolée et soigneuse de la muqueuse rectale; l'*autoplastie par glissement*, de Fritsch (2), et l'*autoplastie par glissement à lambeaux superposés et à disposition valvulaire* de Le Dentu (3).

b. Oblitération directe par le rectum.

Cette voie n'a guère été suivie que par Simon et Emmet, et dans des cas exceptionnels. La section du sphincter est inutile, grâce à l'anesthésie qui le relâche et permet d'y placer des écarteurs comme dans le vagin.

La malade est placée dans la position latérale ou genu-pectorale et la fistule bien éclairée. L'avivement est pratiqué sous le contrôle d'un doigt introduit dans le vagin pour faire saillir la fistule. Les sutures, au fil d'argent, sont placées de telle sorte qu'elles comprennent plus de tissu du côté du vagin que du côté du rectum; on les serre dans des tubes de Galli et on les recouvre d'une bandelette de gaze iodoformée.

Ce procédé permet d'atteindre des fistules très élevées; par contre, l'hémorragie est beaucoup plus abondante, les vomissements chloroformiques peuvent produire la désunion et le retrait des fils est difficile.

Soins consécutifs. — Les pansements consistent en un tamponnement modéré à la gaze iodoformée sèche, comme pour les fistules vésico-vaginales.

On constipait autrefois les malades pendant dix ou douze jours: tous les chirurgiens ne sont pas encore unanimes sur le moment où on devra provoquer la première évacuation intestinale. On tend cependant à adopter la pratique d'Hégar qui nourrit légèrement ses opérées les trois premiers jours et administre, dès le quatrième, du calomel et des laxatifs, de manière à provoquer des

(1) Sânger, *Buffalo med. and surg. J.*, juin 1891.

(2) Fritsch, *Centr. f. gyn.*, 1888, p. 804.

(3) Le Dentu, *Bulletins et mémoires de la Soc. de chirurgie*, 1890, t. XVI, p. 590.

selles quotidiennes, mais non diarrhéiques. On facilitera, au besoin, la première évacuation par un lavement donné prudemment.

Les fils de soie seront enlevés dès le huitième jour. Les crins de Florence et les fils d'argent, qui sectionnent moins les tissus, peuvent rester en place jusqu'au douzième jour.

Pronostic opératoire. — Les opérations pour fistules recto-vaginales sont bénignes : on ne court le danger de blesser le péritoine que dans les fistules très élevées. Grâce à une antiseptie rigoureuse, les succès sont incomparablement plus nombreux qu'autrefois. Néanmoins les procédés d'avivement simple, en raison du peu d'épaisseur de la cloison et des chances d'infection, échouent plus souvent que pour les fistules vésico-vaginales. Les procédés de périnéorrhaphie éludent ces inconvénients et doivent toujours être préférés quand ils sont applicables.

3° Opérations des fistules entéro-vaginales.

A. Fistules proprement dites.

a. **Cautérisation.** — Au nitrate d'argent ou au thermo-cautère.

b. **Avivement et suture.** — On procède, comme dans les fistules recto-vaginales, soit par avivement avec *perte de substance*, en avivant au besoin la lèvre postérieure du museau de tanche ; soit par *dédoublement* des bords et suture isolée des deux muqueuses, en évitant de blesser le péritoine.

c. **Autoplastie.** — Au moyen d'un lambeau pris sur la muqueuse vaginale (Heine).

d. **Laparotomie.** — Libération de l'anse intestinale et oblitération de l'orifice au moyen de la suture de Lambert.

B. Anus vaginal contre nature.

a. **Transformation de l'anus vaginal en fistule proprement dite.** — Le premier temps de l'opération consiste à détruire l'éperon et à rétablir la continuité du tube digestif. Pour cela, on applique sur l'éperon un entérotome de Dupuytren (O. Weber) dont les mors sont chaussés d'un tube de caoutchouc (Pozzi), au lieu des pinces à longs mors (Verneuil). Au bout de quatre à six jours, l'éperon est sectionné ; on retire l'entérotome et on peut tenter l'oblitération directe de la fistule persistante.

b. **Anastomose du bout supérieur avec le rectum.** — Applicable lorsque le bout inférieur est oblitéré.

1° **PROCÉDÉ DE JOBERT.** — Le segment supérieur de l'intestin est détaché de son adhérence vaginale et suturé à une boutonnière pratiquée sur la cloison recto-vaginale. (Procédé théorique que n'a sanctionné, à notre connaissance, aucun succès.)

2° **PROCÉDÉ DE CASAMAJOR (1829).** — Introduction, par le vagin, dans le bout supérieur de l'intestin, de l'une des branches d'une longue pince à courbure concentrique au sacrum ; l'autre branche est placée dans le rectum à travers la cloison. La constriction détermine l'adhérence des deux portions, et la chute de l'eschare produit une large communication entre elles. Mais, dans le cas de Casamajor, la fistule ne put être oblitérée.

Verneuil a proposé de faire cette section au moyen d'un tube de caoutchouc suivant la même voie que les branches de la pince.

3° **LAPAROTOMIE.** — Les deux bouts de l'intestin sont isolés de leurs adhérences, avivés et suturés l'un à l'autre. Si le bout inférieur est trop rétréci, on abouchera le supérieur à la portion la plus voisine du gros intestin (Roux).

Ce procédé est seul applicable au cas de fistule entéro-utérine.

4° **PROCÉDÉ DE SIMON.** — Il consiste à créer une large fistule recto-vaginale et à faire au-dessous le *colpocléisis*.

VI. — OPÉRATIONS POUR TUMEURS DU VAGIN

1° Opérations pour kystes vaginaux.

La ponction suivie d'injection caustique est dangereuse si le kyste se prolonge dans le ligament large.

À part les contre-indications dont nous parlerons plus loin, l'*extirpation totale* est préférable à tout autre procédé. On incise la muqueuse et la capsule sur son grand axe et on énuclée la poche avec un instrument mousse, ce qui est relativement facile si les parois de la tumeur sont épaissies ; mais, le plus souvent, elles sont minces et le kyste se rompt : pour obvier à cet inconvénient, on peut recourir à l'injection préalable de blanc de baleine (Pozzi). La cavité déterminée par l'énucléation est comblée par une suture en surjet ou à points séparés.

Si le kyste présente, avec la vessie ou le rectum, des adhérences telles, qu'on craigne d'ouvrir ces cavités en faisant l'énucléation complète, on se contentera de l'*excision partielle* ; puis on réunira, par un ourlet, la paroi kystique restante à la muqueuse vaginale (Schröder), ou bien, on la tamponnera simplement à la gaze iodoformée.

Si le kyste est situé très haut, l'extirpation totale, et même la résection, peuvent être assez difficiles, étant donnée l'abondance de l'hémorrhagie. On se contentera donc le plus souvent, en pareil cas, de l'incision simple, suivie de curettage et de tamponnement à la gaze iodoformée.

Si le kyste a un prolongement élevé et si l'on suppose qu'il pénètre dans le ligament large (kyste wolffien), on excisera la partie inférieure saillante, on curettera le reste et on tamponnera à la gaze (Chalot).

2° Opérations pour tumeurs solides du vagin.

L'extirpation des tumeurs circonscrites (sessiles, interstitielles ou pédiculées) n'offre rien de particulier.

Les tumeurs diffuses sont généralement de nature maligne et, dans ce cas, les tentatives de cure radicale n'offrent guère de chances de succès. On devra se contenter, le plus souvent, d'une extirpation partielle destinée à faciliter les pansements.

VII. — OPÉRATIONS POUR ATRÉSIE DU VAGIN

1° Atrésie inférieure et limitée.

Lorsque l'atrésie siège immédiatement au-dessus de l'hymen et qu'elle est constituée par une cloison peu épaisse, on y pratique une incision transversale ou cruciale, ou bien, on l'excise (Voir : Opérations sur l'hymen, liv. II, chap. 1).

2° Atrésie très étendue ou absence du vagin.

L'intervention est, en ce cas, beaucoup plus difficile et consiste à créer un vagin artificiel.

La malade étant dans la position de la taille, on introduit un cathéter dans la vessie et deux doigts dans le rectum; on trace une incision transversale, rectiligne ou à concavité antérieure (Picqué), qui divise les téguments à égale distance de l'urèthre et de l'anus. Puis, avec un doigt ou une spatule, et à petits coups de bistouri, en combinant prudemment la dilacération et la dissection, on se fraye pas à pas une voie entre la vessie et le rectum, en se guidant constamment sur la sonde vésicale et les doigts rectaux. On est d'autant plus exposé à blesser la vessie, l'intestin ou le péritoine que l'on gagne davantage en profondeur.

On se trouve bientôt en présence de l'une des conditions suivantes :

L'atrésie n'est que partielle et on arrive dans un cul-de-sac vaginal vide.

Ou bien, il y a hémato-colpos et l'on perçoit la poche remplie de sang : en ce cas, on y pratique d'abord une ponction, puis une incision quand on suppose l'évacuation à peu près complète.

Enfin, il peut y avoir absence totale du vagin, avec ou sans utérus. Dans ce cas, on s'arrête à 6 ou 8 centimètres de profondeur, après avoir élargi autant que possible, dans le sens transversal, le conduit qu'on a créé. On peut s'en tenir là ; mais mieux vaut, comme l'a fait Picqué (1), revêtir de tégument le vagin artificiel, au moyen d'une autoplastie par glissement. On fait passer, par les extrémités de l'incision transversale du début, deux débridements latéraux en H ; on dissèque, d'une part, la muqueuse vestibulaire ; de l'autre, la peau de la région inter-vulvo-anale ; enfin, l'on fait glisser les deux lambeaux ainsi obtenus sur les parois correspondantes du vagin artificiel et on les y maintient par des sutures. Un tamponnement à la gaze iodoformée est maintenu jusqu'à cicatrisation complète. Que l'on pratique ou non l'autoplastie, le résultat opératoire se maintient difficilement. Pour assurer autant que possible la perméabilité du conduit, on viendra en aide au coït en conseillant la dilatation fréquente à l'aide des doigts, des bougies d'Hégar ou de pessaires à air.

CHAPITRE III

OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS

I. — RÉDUCTION MANUELLE ET INSTRUMENTALE DES DÉPLACEMENTS UTÉRINS

1° Réduction du prolapsus.

Dans les cas récents, rien n'est plus facile que de réduire l'utérus prolapsé à l'aide d'une simple pression de bas en haut, ou d'un taxis méthodique agissant de la périphérie au centre, suivant le degré de la lésion. Dans les cas anciens, pour triompher de l'engorgement par stase et des rétractions ligamentaires, il faut préalablement soumettre la malade au repos, aux injections

(1) Picqué, *Annales de gynécologie*, février 1890, p. 124.