

II

CLOISONNEMENT DU VAGIN

PROCÉDÉ DE LE FORT

INDICATIONS. — Cette opération a été préconisée par Le Fort, dans le prolapsus de l'utérus, et a pour but de maintenir unies les parois opposées du vagin afin d'empêcher leur chute, qui cause souvent le prolapsus utérin.

L'auteur de cette opération en a obtenu de nombreux succès, ce qui nous engage à la décrire, malgré l'emploi restreint qu'on en fait aujourd'hui. On lui préfère généralement les différents procédés de colporrhaphie.

TECHNIQUE. — Le principe du procédé de Le Fort est de tailler sur les parois antérieure et postérieure du vagin une lanière rectangulaire de la muqueuse à grand diamètre vertical, et de les réunir l'une à l'autre par des sutures.

On commence par réduire l'utérus et tracer sur les parois antérieure et postérieure une incision transversale le plus près possible de la vulve, où les deux parois se touchent. Ensuite, on attire l'utérus hors de la vulve avec une pince de Museux et on fait trois autres incisions de manière à tailler sur chaque paroi un avivement rectangulaire de 4 à 5 centimètres de hauteur et de 2 centimètres de largeur. On dissèque ces avivements à une très faible épaisseur et on applique les sutures. Afin d'éviter la production d'un espace libre entre les deux

surfaces cruentées, les fils d'argent dont Le Fort s'est servi sont passés le plus près possible du centre de l'avivement. Comme on peut s'en rendre compte sur la figure 23, les fils rentrent dans la muqueuse d'une paroi

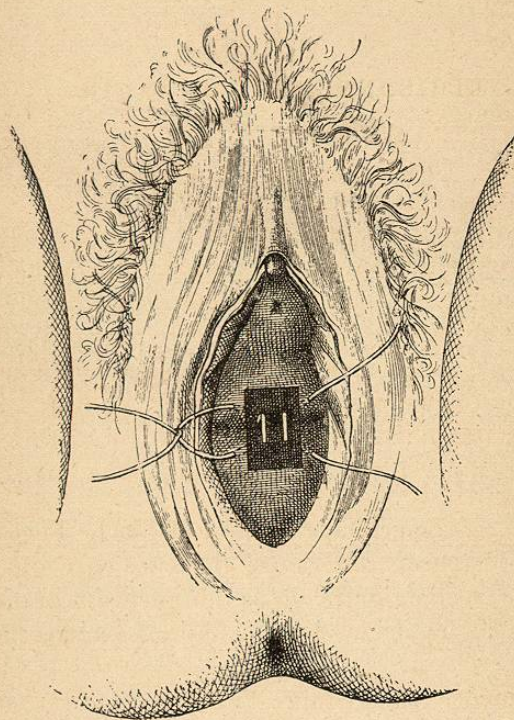


Fig. 23. — Cloisonnement du vagin.

vaginale, ressortent dans la plaie de cette même paroi, pénètrent dans la plaie de la paroi opposée et finalement ressortent par la muqueuse de cette dernière paroi. Le vagin se trouve ainsi cloisonné verticalement en deux cavités.

Les sutures sont enlevées au bout de quinze jours à trois semaines.

quelquefois lorsque l'oblitération est faite au niveau de la portion uréthrale du vagin et le coït peut avoir lieu.

La malade est placée dans la position dorso-sacrée. Les parois de la portion du vagin située au-dessous de la fistule sont écartées au moyen de valves. On trace alors deux incisions circulaires limitant un anneau de tissu de

III

COLPOCLEISIS

OBLITÉRATION DU VAGIN

INDICATIONS. — L'occlusion du vagin, imaginée par Simon de Rostok, est indiquée comme moyen extrême dans ces cas malheureux où toutes les tentatives d'oblitération d'une fistule vaginale ont échoué.

Faite chez une femme après la ménopause, elle offre moins d'inconvénients, quoique la stagnation de l'urine dans la cavité vaginale close, provoque souvent la métrite et donne quelquefois naissance à des calculs dont la présence occasionne de fortes douleurs.

Mais avant cette époque, le colpocleisis présente beaucoup plus de danger. En outre des lésions provoquées par l'urine, il y a à craindre le catarrhe vésical dû au passage du sang menstruel dans la vessie qu'il traverse pour s'écouler avec l'urine par l'urèthre. La fécondation est impossible.

TECHNIQUE. — Chez les femmes qui ont leur menstrues, il est nécessaire, avant d'exécuter l'avivement du vagin, d'assurer le libre écoulement du sang menstruel dans la vessie en agrandissant, au besoin, la fistule. L'avivement en principe doit porter aussi haut que possible. On évite ainsi l'incontinence d'urine qui se produit

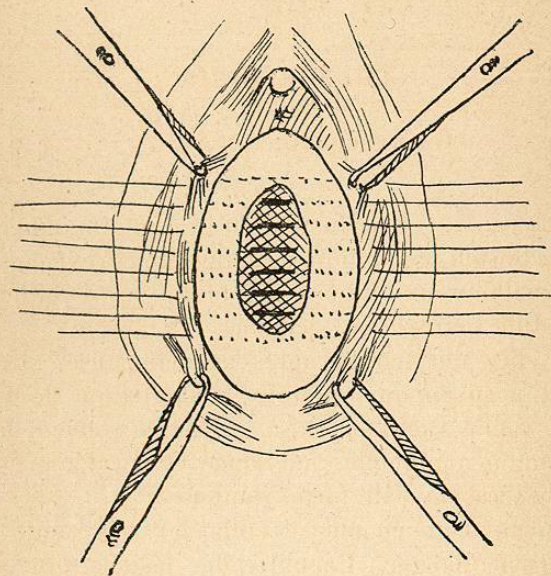


Fig. 24. — Colpocleisis.

1 centimètre et demi à 2 centimètres de largeur, qu'on va exciser. A cet effet, on tend le tracé circulaire avec des pinces érigées monogriffes et on l'avive en s'aidant en plus d'un doigt introduit dans le rectum et d'une sonde métallique passée dans la vessie. L'épaisseur de l'avivement doit être de 3 millimètres environ.

Pendant tout le temps de la dissection, un assistant pratique l'irrigation continue à l'aide d'une longue canule de verre, de manière à éviter que le sang ne masque

le champ opératoire. Quelques vaisseaux pourront, au besoin, être liés au catgut. L'avivement terminé, on passera aux sutures destinées à appliquer la plaie tracée sur la paroi antérieure du vagin, à la surface cruentée de la paroi postérieure. On place d'abord un fil médian en le faisant cheminer au-dessous de toute la surface avivée, de bas en haut sur la paroi antérieure du vagin, et de haut en bas sur la paroi postérieure. Ce fil nous permet d'attirer les parties à affronter, et l'application de tous les autres devient facile. On veillera à ce que l'aiguille courbe dont on se sert pour les sutures vaginales ne pénètre ni dans l'urèthre, ni dans la vessie, ni dans le rectum. Les fils de soie seront placés à une distance de 2 à 3 centimètres les uns des autres, et on appliquera, au besoin, quelques points superficiels pour assurer un affrontement exact des bords de la plaie. Quelquefois on peut trouver plus commode de passer les sutures transversalement de manière à appliquer l'une contre l'autre les parois latérales du vagin (fig. 24).

Vidal de Cassis, qui le premier pratiqua l'occlusion du vagin, suturait non pas les parois vaginales, mais les grandes lèvres (*épisioténose* ou *épisiorrhaphie*). Cette opération donnait rarement des résultats satisfaisants et elle est délaissée actuellement.

Même technique que pour le colpocleisis.

IV

COLPORRHAPHIE OU ÉLYTRORRHAPHIE ANTÉRIEURE

INDICATIONS. — Elle est dirigée contre la procidence de la paroi antérieure du vagin, la cystocèle.

Conçue par Marshal Hall et perfectionnée par Sims, elle est rarement pratiquée isolément, mais complète souvent la colpo-périnéorrhaphie.

TECHNIQUE. — La malade est placée dans la position dorso-sacrée, la vulve rasée, le vagin savonné et irrigué avec le sublimé à 1/2000. Avec une pince de Museux on abaisse le plus possible le col de l'utérus et on déplisse ainsi la paroi antérieure du vagin. Il s'agit maintenant de tracer sur cette paroi un avivement dont la forme et les dimensions restent à l'appréciation de l'opérateur, mais qui doit comprendre toute la portion exubérante du vagin. En général la forme ovalaire allongée, un losange à angles arrondis convient le mieux. On déterminera ces quatre angles, on y plantera des pinces érigées monogriffes et on les réunira par des incisions allant jusque dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Le lambeau ainsi limité et fortement tendu par les pinces, est en partie disséqué par le bistouri, en partie décollé avec le doigt et les ciseaux mousses (fig. 25).

Reste à appliquer les sutures à points séparés ou continues à étages. Pour les premières, on peut employer

le catgut, la soie, les crins de Florence ou les fils d'argent ; les secondes sont faites au catgut. Nous préférons ce dernier fil dans les deux cas. Si l'on fait les sutures à points séparés, il faut commencer par l'angle supérieur et

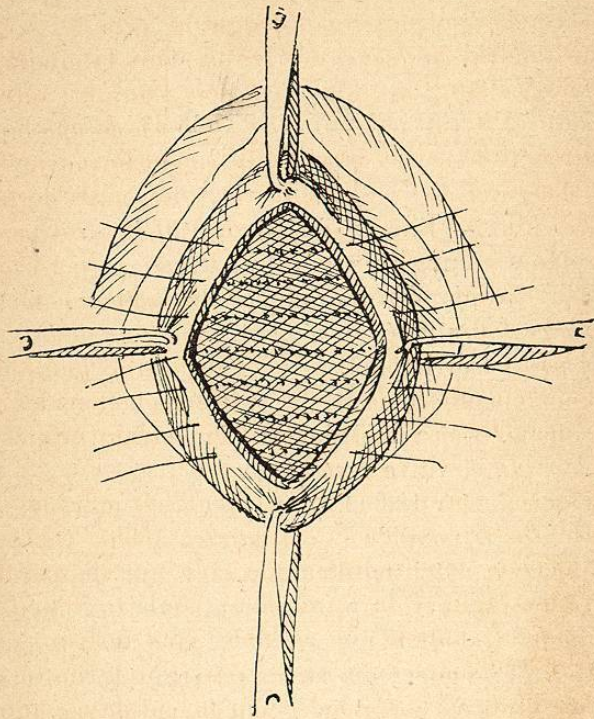


Fig. 25. — Colporrhaphie ou élytrorrhaphie antérieure.
Avivement ; sutures.

faire cheminer l'aiguille sous toute la surface cruentée ; tout en surveillant, au besoin, avec une sonde introduite dans la vessie, que l'aiguille n'y pénètre pas. Quand la plaie avivée est trop large, il peut être difficile et quelquefois même impossible de glisser l'aiguille sous toute la surface avivée. On est alors forcé de recourir aux sutures continues à étages superposés. On commence par

rétrécir par un surjet le milieu du losange en piquant l'aiguille à 1 ou 2 centimètres *en dedans* des bords. On obtient ainsi une surface cruentée suffisamment étroite pour passer au-dessous d'elle l'aiguille et on applique alors un second surjet en piquant l'aiguille, cette fois-ci, à 3 ou 4 millimètres *en dehors* des bords, dans la muqueuse.

Dans les deux cas, qu'on emploie l'un ou l'autre mode de suture, il est nécessaire de veiller à ce que les points d'entrée et de sortie de l'aiguille soient bien symétriques, afin d'assurer l'affrontement exact des bords de la plaie.

Les sutures placées, si cette opération n'est pas suivie de colpo-périnéorrhaphie, on débarrasse le vagin par une forte irrigation de tout caillot et on tamponne le vagin à la gaze iodoformée.

Le pansement est retiré au bout de trois jours et on se contente ensuite d'administrer à la malade, tous les matins, une injection au sublimé à 1/2000 pendant quinze jours.

SÄNGER a proposé dernièrement le procédé suivant (*Centr. Bl. fr. gynækol.*, 15 janvier 1898). On pratique une incision longitudinale médiane sur la paroi antérieure du vagin et on forme deux lambeaux latéraux par décollement, autant que possible, sans instrument tranchant. L'incision commence à environ 1 centimètre de l'orifice urétral et s'étend jusqu'au cul-de-sac antérieur. On donne à chaque lambeau latéral une largeur de 3 à 5 centimètres. Le décollement est facilité par des pinces hémostatiques appliquées à des intervalles de 2 à 3 centimètres, et toujours plus haut, sur les deux bords de l'incision médiane. Ces pinces servent à tendre et à attirer graduellement les tissus au dehors. Après la résection des lambeaux, qui se fait à 2 ou 3 millimètres de la limite de la vessie, les bords de la surface cruentée ont la forme d'une feuille de myrte dont la pointe la plus allongée regarderait vers l'urèthre.

Une suture continue à la soie fine, à un ou deux étages, ramasse la vessie en la plissant et la réduit. Par-dessus, on pratique une suture à la grosse soie, à points séparés, en ayant soin de faire sortir les fils juste au bord de la plaie et de traverser la couche superficielle du tissu de la vessie plissée.

Comme traitement consécutif, un tampon de gaze est laissé à demeure dans le vagin pendant deux jours. La malade peut uriner spontanément le troisième jour. On lui administre un purgatif le surlendemain. Les fils sont enlevés au bout d'un mois à cinq semaines après l'intervention.

V

COLPORRHAPHIE MULTIPLE

INDICATIONS. — Elle est applicable dans les cas de prolapsus accentué de l'utérus, quand le vagin est exceptionnellement large.

Conseillée par Velpeau, Hall, Backer-Brown, cette opération a été bien précisée par Terrillon, à qui nous empruntons la description qu'il en a donnée en 1893 dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Elle était, du reste, peu usitée par d'autres chirurgiens qui lui préfèrent la colpopérinéorrhaphie combinée à la colporrhaphie antérieure.

TECHNIQUE. — La malade est chloroformée et placée dans la position dorso-sacrée, les deux jambes maintenues écartées par deux aides ou par les bras spéciaux de la table d'opération. Un éclairage aussi parfait que possible est nécessaire pour rendre accessible à la vue le fond du vagin.

Pour écarter les parois, on doit se munir de valves à manche, étroites et assez longues pour bien déplisser le vagin. Deux de ces valves, tenues écartées l'une de l'autre, étalent la muqueuse et rendent l'opération facile.

Enfin, on doit se munir de pinces érignes (modèle tire-balles), courtes et du même modèle que les pinces à forcipressure. Elles servent à saisir la muqueuse.