

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.

On procède alors aux avivements.

Chaque lambeau doit avoir au moins 3 centimètres de large; mais on peut augmenter cette largeur, lorsque la cavité vaginale est très agrandie.

Il est nécessaire de laisser entre chaque lambeau une zone de muqueuse intacte de 1 centimètre et demi environ, pour pouvoir placer les sutures.

Lorsque les lambeaux ont été enlevés successivement sur la paroi vaginale entière, on voit, dans le champ opératoire, une série de plaies longitudinales séparées par la muqueuse conservée. Une précaution indispensable consiste à toujours laisser une bandelette de muqueuse saine sur la ligne médiane de la paroi postérieure.

La dissection des lambeaux est commencée avec le bistouri; ensuite, on procède par décollement avec le doigt ou avec un instrument mousse. Les ciseaux courbes et pointus peuvent aussi rendre des services.

On doit prendre de grandes précautions pour éviter de blesser la vessie ou la paroi rectale.

Le nombre de lambeaux ainsi enlevés sur toute la circonférence du vagin varie de six à huit pour les vagins très développés; il faut descendre à quatre pour ceux qui sont plus étroits. Généralement, les sutures sont pratiquées avec de la soie fine et par points séparés.

Le fil entre d'un côté de la plaie, chemine dans les tissus situés sous la surface avivée, jusqu'au bord du côté opposé, qu'il traverse.

Les fils, placés d'avance sur chacun des avivements, ne sont serrés qu'à la fin de l'opération.

Si on fermait chaque plaie à mesure qu'elle est produite, la pose des fils et surtout l'affrontement des bords seraient rendus très difficiles.

Lorsque l'opération est terminée, on voit nettement que le vagin est réduit à un cylindre creux pouvant à peine recevoir le doigt. Ce cylindre est formé par des lambeaux

de muqueuse vaginale et des lignes de sutures alternant l'une avec l'autre. A ce moment, le périnée est déjà très rétréci au niveau de la fourchette. Si l'on trouve que le plan périnéal n'est pas assez épais ou assez résistant, on peut pratiquer une périnéorrhaphie complémentaire. Une mèche de gaze iodoformée enduite de vaseline boriquée est introduite dans le vagin.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Pendant douze jours la gaze est renouvelée tous les trois jours. La malade ne doit être sondée que si la vessie ne peut se vider d'elle-même.

Après le quatrième jour, la malade est purgée.

Vers le douzième, les fils sont enlevés en partie et la cavité vaginale nettoyée avec soin. Les fils profonds sont encore laissés pendant trois ou quatre jours.

Lorsque toutes les lésions produites par l'opération sont réparées, ce qui a lieu vers le vingtième jour, on constate que la cavité vaginale est constituée par un cylindre de longueur variable, mais ayant au moins 5 à 6 centimètres, et qui reçoit à peine un instrument de la grosseur du pouce. Le vagin, ordinairement mobile et sans consistance, est transformé en une solide enveloppe.

## VI

## COLPO-PÉRINÉORRHAPHIE

INDICATIONS. — Cette opération, qui a pour but de rétrécir à la fois la paroi postérieure du vagin et la vulve, est indiquée dans la plupart des cas de prolapsus des organes génitaux et dans certains cas de fistules fécales (vaginot-anales). Elle peut également trouver une application dans le traitement de la déchirure incomplète du périnée, car il y a une grande similitude entre le relâchement du périnée et sa déchirure.

Différents procédés peuvent être employés avec un égal avantage.

Celui de Hegar est le plus usité.

Le procédé de Martin, qui peut également être appliqué dans tous les cas, trouve une indication spéciale quand la déchirure est unilatérale et que le raphé médian de la paroi postérieure du vagin est intact.

Le procédé de Doléris est surtout indiqué dans le prolapsus *vaginal* provoqué par la béance de la vulve sans abaissement notable de l'utérus.

## PROCÉDÉ DE HEGAR

TECHNIQUE. — Les préparatifs ne diffèrent guère de ceux qui ont déjà été indiqués à propos de l'amputation du col (p. 27). Il faut veiller également à l'asepsie complète du rectum.

A cet effet, avant de commencer l'opération, un des aides lavera le rectum à l'eau boricuée et se désinfectera soigneusement après.

La colpo-périnéorrhaphie doit être toujours précédée de curettage dirigé contre l'endométrite qu'engendre presque constamment le prolapsus.

L'hypertrophie du col, l'endométrite cervicale invétérée exigent souvent l'amputation du col, la cystocèle réclame la colporrhaphie antérieure.

Ces opérations, si elles sont jugées nécessaires, doivent précéder la colpo-périnéorrhaphie dans l'ordre où nous les avons mentionnées.

Pour exécuter le procédé de Hegar, on attire avec des pinces la paroi postérieure du vagin, on la fait saillir au besoin avec deux doigts introduits dans le rectum et on se rend compte de l'étendue de l'avivement qu'il y aurait à faire. On lui donne la forme d'un triangle isocèle dont l'angle supérieur sera situé à 7 centimètres environ de la fourchette et les deux angles latéraux à l'extrémité inférieure des petites lèvres, limitant ainsi un espace de 6 à 8 centimètres.

L'étendue de l'avivement étant déterminé, on fait écarter les lèvres par deux aides. L'un d'eux soulève en même temps la paroi antérieure du vagin avec une valve. On saisit ensuite la muqueuse de la paroi postérieure du vagin avec des pinces monogriffes aux points qui doivent correspondre aux trois angles.

Deux autres pinces sont placées au milieu des côtés du triangle.

La valve antérieure est ensuite enlevée et la paroi postérieure est attirée et étalée par les pinces confiées aux aides. Avec un bistouri bien tranchant on relie ces points de repère en incisant la muqueuse vaginale dans toute son épaisseur.

On fait les deux côtés du triangle légèrement convexes

en dedans vers la ligne médiane, et la base convexe en dehors reproduisant à peu près le contour de la partie inférieure de l'orifice vulvaire (fig. 26). La dissection du lambeau triangulaire se fait avec un bistouri aidé de tractions exercées sur les parties déjà détachées de la muqueuse.

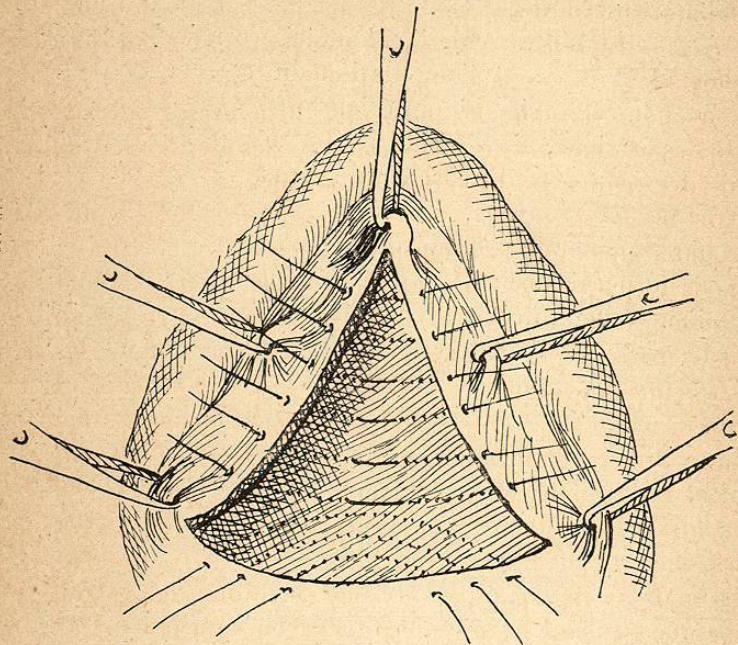


Fig. 26. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de Hégar.

Quand la cloison recto-vaginale est mince, il faut redoubler d'attention pour ne pas la blesser; deux doigts seront utilement introduits, à cet effet, dans le rectum. L'avivement terminé, on le régularise avec des ciseaux courbes pour ne laisser aucun fragment de tissu cicatriciel, ni aucun îlot de muqueuse.

L'irrigation continue avec une solution chaude d'acide phénique à 1 p. 100, rend de grands services durant cette dissection.

Quand la plaie n'est pas trop large et qu'il est possible de faire cheminer l'aiguille courbe au-dessous de toute la surface cruentée, on place des sutures à points séparés en allant de haut en bas.

Hégar les fait avec des fils d'argent et entre les sutures profondes il passe des points superficiels. Les fils de soie, les crins de Florence et le catgut peuvent également être employés.

Nous nous servons de ce dernier fil pour les sutures vaginales et de crins de Florence pour les derniers trois ou quatre points qui traversent le périnée.

Dans les cas de très larges avivements, la suture continue au catgut à étages sera préférable.

Le vagin est enfin irrigué pour la dernière fois et tamponné à la gaze iodoformée qu'on ne retire qu'au bout de trois jours. La malade reçoit ensuite tous les matins une injection de sublimé à 1 p. 2.000 pendant quinze à vingt jours. Si la malade ne peut uriner seule, ce qui arrive habituellement les premiers jours qui suivent l'opération, on la sondera. En ville, nous préférons laisser une sonde à demeure pendant trois ou quatre jours.

La malade est constipée à l'aide de pilules à l'extrait thébaïque pendant les premiers quatre ou cinq jours. Une légère purge est administrée après ce délai et son effet doit être précédé d'un lavement.

On agit ainsi jusqu'à la réparation complète des lésions opératoires en constipant la malade pendant trois ou quatre jours et en la purgeant ensuite.

Quand le procédé de Hégar est employé pour une fistule recto-vésicale, on doit comprendre cette fistule dans l'avivement triangulaire et réunir ses bords par des sutures au catgut.

## PROCÉDÉ DE A. MARTIN

TECHNIQUE. — Les préparatifs, comme, du reste, les soins consécutifs, sont les mêmes que pour l'opération précédente.

Le procédé de Martin se compose de deux temps opératoires.

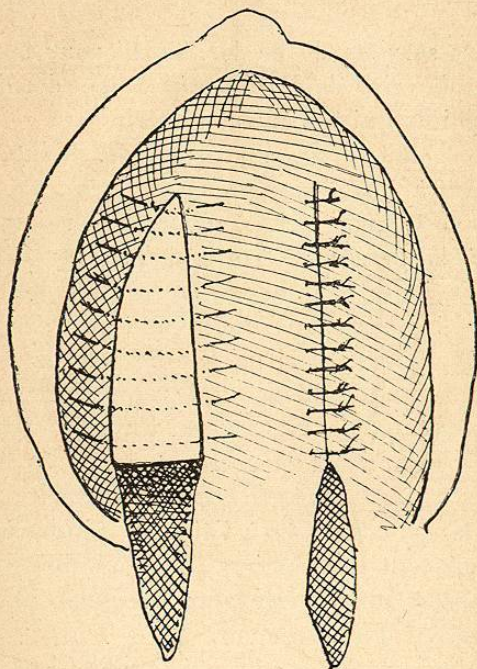


Fig. 27. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin.  
Avivement bilatéral du vagin.

ratoires. Le premier est une double colporrhaphie latérale, le second est une variété de périnéorrhaphie.

La double élytrorrhaphie latérale est destinée à ménager le raphé médian qui présente la partie la plus résistante de la paroi postérieure du vagin. Dans ce but, la paroi postérieure étant attirée avec des pinces tire-balles,

on trace de chaque côté du raphé médian une incision de 5 à 6 centimètres de hauteur, s'arrêtant à 1 centimètre de la fourchette. On complète cette incision par deux autres qui limitent, de chaque côté du raphé, un lambeau trian-

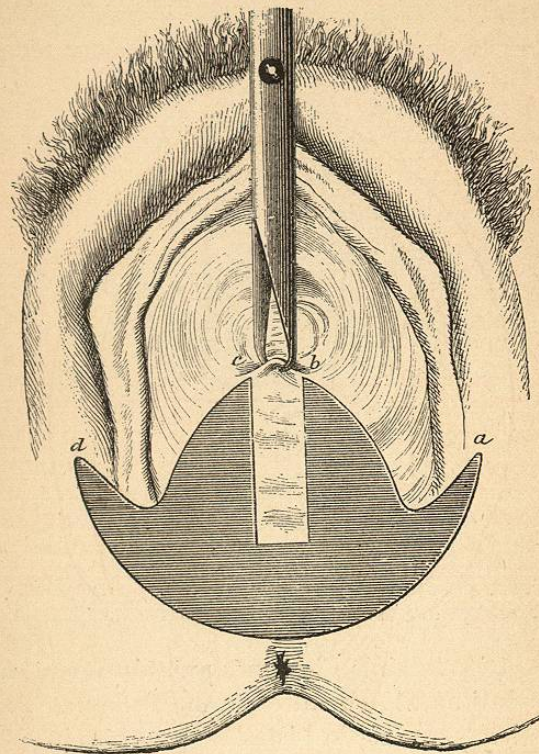


Fig. 28. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin.  
Ensemble de l'avivement.

gulaire à base inférieure qu'on dissèque (fig. 27). Les bords des deux surfaces cruentées ainsi obtenues sont réunis respectivement par une suture à points séparés au catgut.

Reste à exécuter le second temps opératoire : l'avivement périnéal au niveau de l'orifice vulvaire.

On trace une incision demi-circulaire un peu au-dessus

de la fourchette et, après avoir tranché le raphé médian, on la fait remonter sur les parois latérales jusqu'à la moitié de la hauteur de l'anneau vaginal.

Cette incision est reliée à angle aigu avec la base des

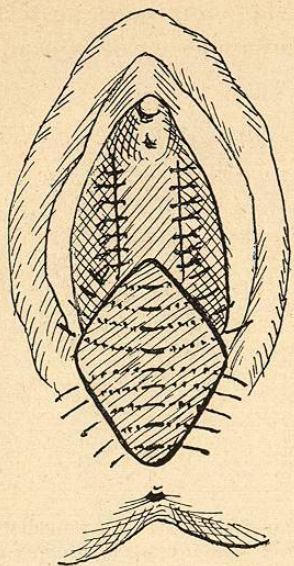


Fig. 29. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin.  
Avivement périnéal subsistant après la colporrhaphie double.

lambeaux triangulaires disséqués précédemment (fig. 28), et limite ainsi un avivement en forme de losange (fig. 29).

On le dissèque avec un bistouri et on réunit ses bords par une suture continue au catgut à étages si la surface cruentée est très large; ou à points séparés, au catgut également, dans le cas contraire.

#### PROCÉDÉ DE DOLÉRIS

##### *Colpo-périnéoplastie par glissement.*

TECHNIQUE. — Ce procédé, dirigé surtout contre la béance

excessive et l'affaissement de la vulve, est destiné à relever cet orifice vers le vagin et à renforcer le périnée sans faire de sutures intra-vaginales.

A l'aide d'un bistouri, on trace une incision demi-circulaire contournant la commissure postérieure de la vulve à la limite de la muqueuse et de la peau (fig. 30).

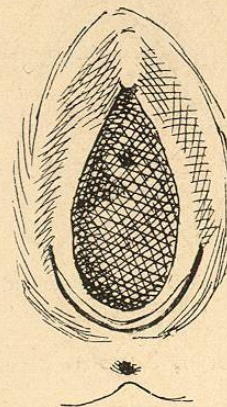


Fig. 30. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Doléris.  
Incision demi-circulaire contournant la commissure postérieure de la vulve.

Le bord de la lèvre supérieure de l'incision est légèrement disséqué avec un bistouri, puis saisi avec une pince et décollé peu à peu avec l'index gauche jusqu'à la hauteur voulue.

Ce lambeau de la muqueuse vaginale va être réséqué, mais avant de le faire, on place trois points de suture au gros crin de Florence en leur imprimant un trajet en anse, comme le fait Emmet dans son procédé de périnéorrhaphie qui est décrit plus loin.

Le premier fil, conduit par une longue aiguille courbe, rentre un peu à gauche de la ligne médiane, chemine au-dessous de la surface cruentée, pénètre dans le lambeau vaginal à la limite extrême du décollement, se recourbe

en anse dans son épaisseur même ou dans le vagin, refait

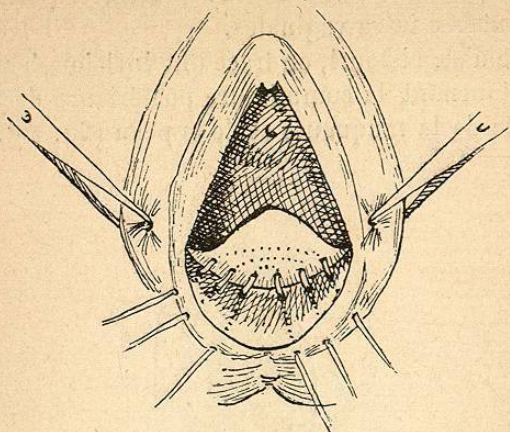


Fig. 31. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Doléris. Décollement d'un lambeau vaginal; placement de trois points de suture.

le trajet en sens inverse, toujours au-dessous de la plaie,

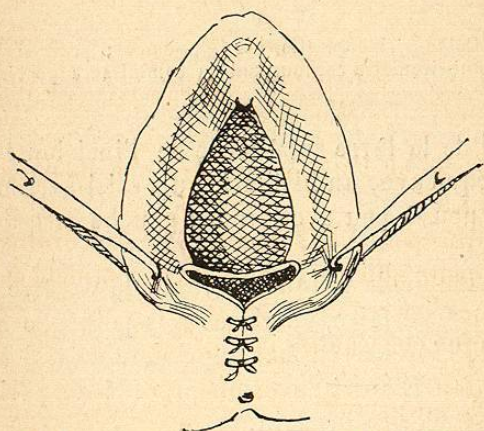


Fig. 32. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Doléris. Le lambeau est sectionné; les fils sont serrés.

et sort finalement, un peu à droite de la ligne médiane, dans un point symétrique.

Les deux autres fils sont placés de même manière, mais un peu plus en haut et en dehors du premier (fig. 31).

Le lambeau muqueux est réséqué ensuite au-dessus des points de passage des fils après la ligature de ces derniers (fig. 32).

Les bords de l'incision cutanée sont ainsi réunis sur la

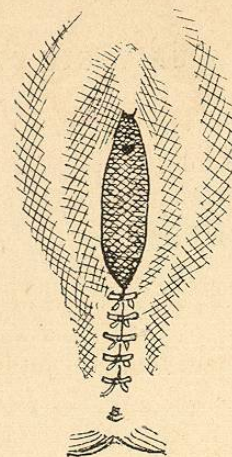


Fig. 33. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Doléris. Sutures terminées.

ligne médiane, et l'orifice vulvaire sensiblement relevé vers le vagin.

Deux ou trois points de suture simple sont ordinairement nécessaires pour obtenir la fermeture complète de la plaie (fig. 33).

Mêmes soins consécutifs.