

VII

CRÉATION D'UN VAGIN ARTIFICIEL

INDICATIONS. — Il peut être question de cette opération, qu'Amussat a exécutée le premier, dans deux cas différents : quand le vagin fait défaut en même temps que l'utérus et les ovaires, ou quand le vagin seul n'existe pas. Dans le premier cas, la création d'un vagin n'ayant d'autre but que de permettre l'accomplissement du coït, beaucoup de chirurgiens sont d'avis de la rejeter. Il est certain que l'absence de l'utérus rend l'opération très dangereuse.

N'étant pas guidé par la tumeur utérine, le chirurgien risque fort de s'égarer dans le décollement de la vessie et de la blesser ainsi que le rectum.

Nous pensons néanmoins, avec Le Fort, qu'il y a des circonstances où cette opération de complaisance ne doit pas être refusée : par exemple dans le cas où une femme atteinte de cette infirmité sexuelle s'est mariée sans la connaître. Nous avons été consulté dans une situation analogue par une jeune personne que nous avait adressée notre ami le docteur Eid.

Quand, avec le défaut partiel ou total du vagin, l'utérus et les annexes sont bien développés, l'opération, au contraire, s'impose, afin de parer aux accidents de la rétention du sang menstruel (hématocolpos, hématométrie).

PREMIER CAS. *L'appareil génital interne fait défaut en même temps que le vagin.* — On procède à l'antisepsie rigoureuse du rectum et de la vulve. Un doigt est introduit dans le rectum, une sonde est placée dans la vessie.

A l'aide d'un bistouri, on trace une incision transversale au fond de la dépression vulvaire, à la limite de la vessie et du rectum.

Les ciseaux mousses et surtout l'index droit remplacent aussitôt l'instrument tranchant et on procède au décollement lent et souvent très-laborieux. On crée ainsi, entre le rectum et la vessie, un canal de 6 à 8 centimètres de longueur qu'il reste maintenant à tapisser de tégument pour s'opposer à sa rétraction cicatricielle. On emprunte ces téguments à la peau et à la muqueuse voisines qu'on décolle et qu'on glisse au fond du vagin artificiel, où on les fixe par des sutures au catgut. Le canal est bourré de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les trois jours jusqu'à cicatrisation complète.

Malgré toutes les précautions pour assurer la vitalité de la greffe et en tapisser toute la cavité, on échoue souvent, et le nouveau vagin tend à se combler de nouveau.

Un pessaire Gariel ou un mandrin introduits dans la cavité peuvent rendre de grands services dans ces cas.

Richet remarque que la pratique quotidienne du coït contribue parfois, pour la meilleure part, au maintien de l'heureux résultat opératoire.

DEUXIÈME CAS. *L'appareil génital interne existe, le vagin seul faisant défaut.* — Si l'on a affaire à une athrésie hyménale ou rétro-hyménale, on fait une ponction au bistouri et on laisse s'écouler lentement la collection sanguine.

Ce n'est qu'après avoir obtenu ce résultat qu'on agrandit l'orifice. On nettoie ensuite la cavité avec les injections

antiseptiques sous faible pression et on tamponne le vagin à la gaze iodoformée.

S'il s'agit de l'athrésie d'une grande partie du vagin, on procède comme dans le cas de l'absence complète de cet organe.

La dissection est facilitée par la présence de la tumeur sanguine, qu'on sent par le rectum, derrière l'épais cordon fibreux. Arrivé au niveau de cette collection, on la ponctionne avec un trocart et on débride ensuite l'orifice avec un bistouri à lame étroite.

Mêmes soins consécutifs.

VIII

CURETTAGE

INDICATIONS. — *La rétention des débris du placenta* ou des membranes, qui se produit souvent après les avortements, réclame le curettage malgré l'avis contraire de quelques gynécologues qui préfèrent en pareil cas l'emploi du doigt à celui de la curette.

L'endométrite exfoliatrice (dysménorrhée membraneuse), la *métrite catarrhale*, la *métrite hémorragique* sont justiciables de cette opération après l'épuisement du traitement médical qu'on ne doit pas trop prolonger, si le succès tarde, de crainte de voir les lésions utérines se propager aux trompes.

La *métrite chronique* (endométrite interstielle, glandulaire, polypeuse) nécessite souvent, en même temps que le curettage, l'amputation du col.

La *métrite blennorrhagique*, au contraire, est aggravée par le curettage.

En dehors de ces affections, où cette opération est curative, elle peut être employée comme moyen palliatif dans le *cancer de l'utérus* et dans certaines *oophoro-salpingites*. En effet, quand le cancer du col a envahi le vagin, ou quand il s'est propagé en même temps à la vessie et au rectum, ou bien quand le cancer du corps de l'utérus s'est étendu au tissu cellulaire pelvien ou aux ligaments

larges, toute opération radicale, hystérectomie vaginale ou abdominale, devient impraticable.

Il ne faut songer alors qu'à diminuer les hémorragies et la leucorrhée fétide qui épuisent la malade. Dans ce cas le curettage, la destruction des fongosités sera tout indiqué. Il peut également être tenté au début des oophoro-salpingites provoquées par l'endométrite quand elle n'est pas accompagnée de péri-salpingite pouvant masquer une tumeur tubaire enkystée. Les manœuvres du curettage risqueraient fort, dans ces conditions, de rompre un pyosalpinx méconnu et de tuer la malade.

Il peut enfin rendre quelque service dans les hémorragies provoquées par les fibromes de l'utérus, quand la cavité utérine n'est pas trop déformée (petites tumeurs interstitielles).

Il est contre-indiqué dans les fibromes sous-muqueux, dont il peut provoquer la gangrène.

TECHNIQUE. — Mêmes préparatifs que pour l'amputation du col (p. 27), avec cette seule différence que, si on désire faire la dilatation préalable du col de l'utérus, il est indispensable d'y introduire au moins vingt-quatre heures d'avance une tige de laminaire soigneusement antiseptisée.

Certains cols rigides et étroits réclament même une dilatation plus longue, et deux tiges, placées à un intervalle de vingt-quatre heures, peuvent être nécessaires. Nous avons très rarement recours à ce moyen et procédons à la dilatation extemporanée au moment même de l'intervention, comme, du reste, le font la plupart des chirurgiens. La dilatation lente, à notre avis, a l'inconvénient d'être souvent très douloureuse, et de provoquer quelquefois des poussées aiguës d'endométrite. Nous ne lui trouvons aucune supériorité sur la dilatation extemporanée qui n'offre aucun inconvénient et évite à la malade une souffrance inutile.

Nous réprouvons également la pratique du curettage sans anesthésie générale (voyez p. 23).

En dehors de l'aide chargé du chloroforme, deux autres sont utiles. L'un, placé à gauche de l'opérateur, abaisse la fourchette avec une courte valve; l'autre, placé à droite, irrigue le champ opératoire avec une longue canule en verre, passe les instruments, les tampons, etc. Au besoin, un de ces deux derniers aides peut être supprimé.

La toilette vulvo-vaginale terminée, les parois antérieure et postérieure du vagin étant écartées au moyen de valves, on saisit la lèvre antérieure du col avec une longue pince à quatre griffes affrontées et non chevauchantes. Les pinces tire-balles ont l'inconvénient de déchirer souvent les tissus pendant l'effort que nécessite l'abaissement de l'utérus.

La valve antérieure est alors définitivement retirée et le col est ramené aussi près que possible de l'orifice vulvaire. On passe dans la cavité utérine un hystéromètre pour s'assurer de nouveau de sa profondeur et de sa direction. Cette exploration terminée, on procède à la dilatation du col à l'aide d'un dilateur métallique (fig. 34).

Nous nous servons de ceux de Sims ou de Huguier à trois branches, qui sont suffisamment puissants et très commodes. On peut également se servir de bougies de Hégar en gomme durcie, ou, ce qui est préférable, des mêmes bougies en métal nickelé.

On commence par un numéro assez faible pour pénétrer sans effort et on continue par des numéros supérieurs pour arriver graduellement à la dilatation suffisante qui s'obtient ordinairement avec le numéro 14 ou 15.

La curette est introduite alors et doit être dirigée jusqu'au fond de l'utérus.

Une curette à bords mousses, celle de Récamier-Pozzi ou de Reverdin à irrigation, par exemple, sont parfaite-

ment suffisantes pour racler la muqueuse malade dans l'endométrite. La curette tranchante pleine de Simon ou de Récamier, celle à boucle de Sims trouvent leur application dans le cancer du col ou du corps de l'utérus, où il

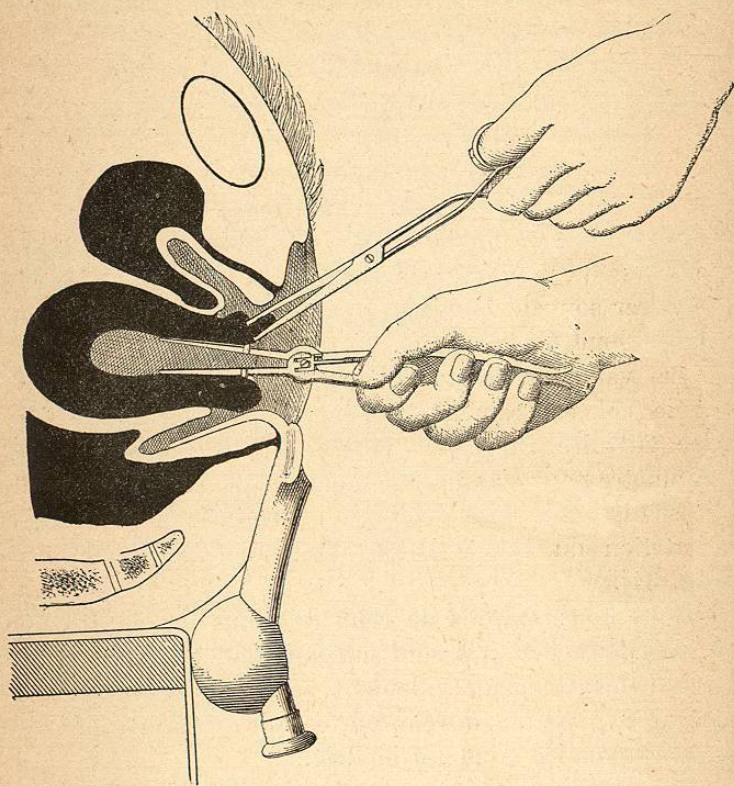


Fig. 34. — Curettage. Dilatation de l'utérus (Auvard).

s'agit d'attaquer des fungus volumineux et de détruire des végétations multiples.

Cette distinction étant posée en principe, nous nous empressons d'ajouter que l'usage de telle ou telle autre curette est, pour la plupart du temps, subordonné à l'habitude, à l'expérience acquise du chirurgien. Pour notre

part, en dehors du curettage post-puerpéral, nous nous servons toujours de la curette tranchante.

Il faut veiller seulement, dans tous les cas, à ce que la curette soit toujours tenue dans une direction oblique par

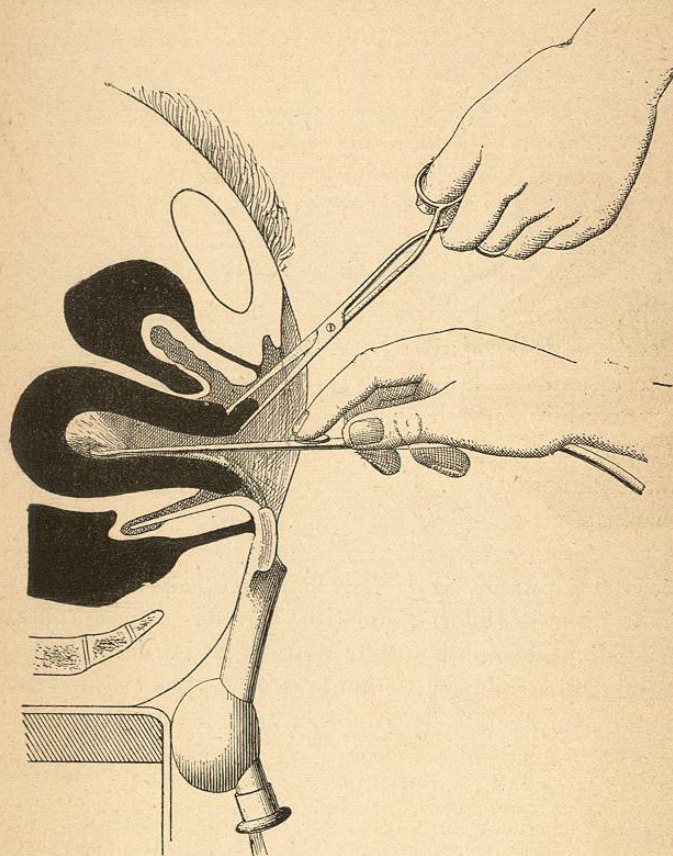


Fig. 35. — Curettage de la muqueuse utérine.

rapport aux parois utérines pour éviter la perforation de la matrice (fig. 35). Ce dernier accident peut, du reste, n'avoir aucune suite fâcheuse si l'opération est parfaitement antiseptique.

La curette doit parcourir méthodiquement toute la surface de la cavité utérine, sa face antérieure, sa face postérieure, les bords latéraux, les angles et le fond.

On repasse au moins deux fois aux mêmes endroits et on ne cesse le grattage que lorsqu'on entend nettement le cri utérin. Ce temps opératoire a une importance capitale et nombre d'insuccès doivent être attribués à un curettage incomplet. La curette, ayant été ensuite retirée et nettoyée dans l'eau phéniquée forte, est réintroduite dans l'utérus, où encore une fois on lui fait parcourir toute la surface sans omettre aucun recoin. Ceci fait, on la retire définitivement et on la remplace par une sonde intra-utérine. Il existe plusieurs modèles de cette sonde, ceux de Collin, Bozeman-Fritsch, Budin, etc. Nous nous servons de celle de Doléris ; elle assure le retour facile du liquide grâce à ses deux branches creuses qu'on écarte à volonté au moyen d'un pas de vis.

On fait passer un quart ou un demi-litre d'eau phéniquée chaude à 1 p. 100. La cavité utérine étant ainsi débarrassée des caillots et des lambeaux de muqueuse, est badigeonnée fortement avec une solution de glycérine créosotée à parties égales. Ce badigeonnage est fait avec l'écouvillon de Doléris, constitué par des crins implantés perpendiculairement autour d'une tige en laiton. Beaucoup de chirurgiens se contentent d'employer simplement un morceau d'ouate hydrophile ou une bandelette de gaze iodoformée, enroulés autour d'un hystéromètre ou d'une pince à bords plats et étroits.

Pour préserver le vagin de l'action caustique, on le garnit préalablement de tampons. Il doit être irrigué en ce moment à plein jet.

Quelques gynécologues remplacent le badigeonnage par des injections intra-utérines à la teinture d'iode ou au perchlorure de fer. Elles se font à l'aide de seringues spéciales, comme celle de Braun, de Collin, etc. On intro-

duit la canule jusqu'au fond de l'organe et on la retire en continuant l'injection de manière à atteindre, avec le liquide, toute la surface de l'utérus et la muqueuse du col.

Dans le cancer du col, le curettage doit être suivi de cautérisation au fer rouge avec les cautères olivaires ou en roseau.

Après l'écouvillonnage, une nouvelle irrigation intra-utérine entraîne l'excès du caustique et les débris de la muqueuse.

Pendant le raclage, on observe souvent une gêne subite dans les mouvements de la curette, comme aussi on éprouve quelquefois de la peine à réintroduire la sonde intra-utérine. Cela est dû au curettage lui-même qui excite les fibres musculaires de l'utérus et provoque sa rétraction. On s'en rend maître en réintroduisant le dilateur.

Quelques gynécologues ne drainent pas la cavité utérine et se contentent de placer un tampon de gaze iodoformée au fond du vagin.

Nous avons l'habitude, d'accord en cela avec un grand nombre de chirurgiens, d'introduire dans l'utérus, à l'aide d'une longue pince à bords plats, une mèche de gaze iodoformée. On retire ensuite la pince fixatrice, on remet en place l'utérus et on tamponne mollement le vagin à la gaze iodoformée.

Les pansements utérin et vaginal sont retirés au bout de quarante-huit heures et la malade reçoit ensuite, matin et soir, une injection vaginale au sublimé à 1/2000 pendant quinze jours. Dans le cas où l'on constaterait le début d'une salpingite concomitante, il sera utile d'administrer à la malade de quatre à six injections intra-utérines de teinture d'iode, une tous les deux ou trois jours.

Elle peut ordinairement quitter le lit huit jours après l'opération, mais doit s'abstenir encore de toute fatigue au moins pendant une semaine.