

DÉBRIDEMENT DE LA VULVE

INDICATIONS. — Le débridement de la vulve est indiqué dans le cas de vaginisme rebelle à tout traitement médical. L'opération, imaginée par Pozzi et communiquée par cet auteur au XI^e Congrès des sciences médicales de Rome : *Débridement de la vulve et éversion de la muqueuse vaginale*, nous paraît supérieure à la *Section du sphincter vaginal* de Sims. Les résultats de cette dernière sont loin d'être toujours satisfaisants; elle peut, du reste, être remplacée par la simple dilatation forcée du constricteur vaginal, comme on le fait pour le sphincter anal.

TECHNIQUE. — Pozzi décrit ainsi le manuel opératoire de son opération :

« La malade, étant anesthésiée, on fait d'abord l'excision de l'hymen avec des ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec les doigts. Ensuite on pratique, à droite et à gauche, une incision latérale à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire.

Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépasse un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et forme avec elle une croix. Elle met à nu les fibres du constricteur Cuni et divise leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres; on dissèque les lèvres de la plaie, de façon à produire

leur écartement, on donne ainsi peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire. On réunit alors la plaie opératoire, de manière à obtenir une ligne de suture qui croise perpendiculairement la direction de l'incision primitive et qui se trouve reportée en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen marquant l'orifice primitif de la vulve; la suture a attiré la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision qu'on a faite au commencement. On voit qu'on fait ainsi de chaque côté de la vulve une sorte de débridement sagittal suivi de suture transversale. On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire aux frottements du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes.

La suture des deux grandes incisions doit être faite au crin de Florence ou au fil d'argent et porter uniquement sur la muqueuse. Le premier fil que l'on place réunira l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure de l'incision première. On réunit par un surjet de catgut les petites plaies résultant de l'excision de l'hymen qui débordent les sutures précédentes. »

La SECTION DU SPHINCTER VAGINAL, préconisée par Sims et Debout, peut être faite à ciel ouvert ou bien être sous-cutanée.

La malade étant anesthésiée, on excise l'hymen avec des ciseaux courbés. Puis on fait, avec le bistouri, de chaque côté de la fourchette, une incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors ayant 4 à 5 centimètres de longueur et 2 centimètres de profondeur. La couche musculaire située au niveau de l'entrée du vagin étant ainsi divisée, on procède de suite à la dilatation forcée à

l'aide des deux pouces introduits dans l'orifice vaginal. La vulve est maintenue fortement distendue pendant deux ou trois minutes et est ensuite tamponnée avec de la gaze iodoformée. Sims enlevait le tampon vingt-quatre heures après et pratiquait pendant plusieurs semaines une dilatation méthodique en se servant de bougies ou de dilateurs spéciaux.

Hegar, Charrier, Sutugin se bornent à pratiquer avec les doigts une simple dilatation forcée, après avoir excisé, s'il y a lieu, l'hymen. En écartant aussi fort que possible l'orifice vaginal on obtient une rupture ou, au moins, une dilatation notable des fibres musculaires qui doublent l'anneau inguinal, sans occasionner aucune plaie sur la muqueuse.

Tamponnement vulvo-vaginal à la gaze iodoformée.

X

ÉLYTROTOMIE

INDICATIONS. — Quelques chirurgiens l'emploient contre les *rétrodéviation utérines adhérentes*, dans le but de libérer l'utérus de ses adhérences à travers la boutonnière faite dans le cul-de-sac postérieur.

On la pratique surtout dans les cas d'*abcès pelvien*, d'*abcès des ligaments larges*, de *pelvi-péritonite post-puerpérale* ou post-abortive, les annexes étant saines ou peu altérées. Elle donne souvent dans ces cas d'excellents résultats, quoiqu'elle ne permette pas, comme la laparotomie, l'extirpation de la poche.

Dans les *hématocèles pelviennes* l'expectation est de règle, la résorption lente de la collection sanguine pouvant se faire spontanément. Mais si les phénomènes de compression ou d'inflammation mettaient la vie de la malade en danger, l'élytrotomie s'imposerait.

Elle peut aussi être tentée dans la *grossesse extra-utérine*, surtout si l'enfant est mort et se trouve profondément engagé dans l'excavation.

Mathieson l'a faite une fois avec succès pour un enfant vivant.

Certains *kystes fœtaux* anciens, suppurés, qui proéminent du côté du vagin réclament également cette opération.

TECHNIQUE. — En règle générale, quand il s'agit d'une

collection pelvienne, l'incision du cul-de-sac postérieur doit être faite suivant le grand axe de la tumeur qui proémine dans la cavité vaginale, tout en évitant de s'écarter trop de la ligne médiane, de crainte de blesser les uretères.

L'incision peut être transversale, comme dans le procédé de Laroyenne (élytrotomie transversale), ou verticale, d'avant en arrière (élytrotomie interligamentaire). La méthode de Laroyenne ne vise que les collections pelviennes, l'élytrotomie interligamentaire s'adresse en plus aux rétrodéviations utérines.

Dans les deux procédés les préparatifs sont ceux de toute opération portant sur le vagin. Le rectum doit être également antiseptisé à l'aide d'un lavement boricé.

La malade, anesthésiée au chloroforme ou à l'éther, est placée dans la position dorso-sacrée, le siège fortement relevé.

On s'assure par le toucher rectal des rapports de la collection avec le rectum. Le cathétérisme vésical peut être utile dans certains cas pour préciser les limites de la vessie.

Dans l'élytrotomie transversale par la méthode de Laroyenne on commence par ponctionner le cul-de-sac postérieur avec un gros trocart spécial. Il est conduit sur l'index et le médius de la main gauche introduits dans le vagin et doit pénétrer dans le Douglas en arrière d'une ligne rasant l'insertion du vagin sur le col.

Si la poche est médiane on a vite la sensation de résistance vaincue qui avertit de la pénétration du trocart dans la collection; mais, si elle siège sur les côtés de l'utérus, il est nécessaire, une fois le cul-de-sac postérieur ponctionné, toujours à l'endroit indiqué, de diriger l'instrument dans tel ou tel autre sens pour arriver à effondrer la collection.

Le trocart est alors retiré et la canule, restée en place, laisse couler le liquide pathologique.

Cette canule présente une rainure dans la moitié de sa longueur, ce qui permet de conduire sûrement jusque dans la poche un métrotome de Simpson. On enlève la canule, on ouvre le métrotome, en donnant à ses branches un écartement de 6 à 8 centimètres au plus, et on le retire ainsi ouvert, de manière à inciser, en même temps que la poche, le cul-de-sac postérieur dans le sens transversal.

Un ou deux doigts introduits à travers cette boutonnière explorent le foyer, recherchent les poches secondaires souvent accolées à la collection principale et arrivent la plupart du temps à les rompre. Dans le cas contraire, on aura de nouveau recours au métrotome.

La poche est ensuite lavée avec une solution de permanganate de potasse à 1/1000 ou d'acide phénique à 1/100 sous faible pression.

Laroyenne arrête l'hémorragie due au débridement transversal par l'introduction dans la plaie, après le lavage, d'une éponge élastique à mailles fines, saupoudrée d'iodoforme et munie d'un fil.

A l'aide d'une longue pince, elle est placée à cheval sur la plaie, la partie postérieure dans la collection ouverte, la partie antérieure dans le vagin. Un tampon de gaze iodoformée fortement tassé peut remplir le même office.

Ce premier pansement est retiré au bout de quarante-huit heures et est remplacé par une mèche de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les quatre ou cinq jours.

Si la sécrétion est abondante, et surtout, s'il se manifeste des signes de résorption septique, on fait dans la poche, matin et soir, un lavage sous une très faible pression à l'aide d'une sonde à double courant.

Nous préférons, en général, mettre un drain deux jours après l'opération.

La méthode de Laroyenne (débridement transversal)

que nous venons de décrire, expose davantage à la blessure les anses intestinales souvent agglutinées dans le cul-de-sac de Douglas, les uretères et les gros vaisseaux, que l'*élytrotomie interligamentaire* à incision médiane, verticale.

Nous donnons la préférence à cette dernière, parce qu'en outre elle ne demande qu'une instrumentation peu compliquée (un bistouri ordinaire suffit à la rigueur) et qu'elle

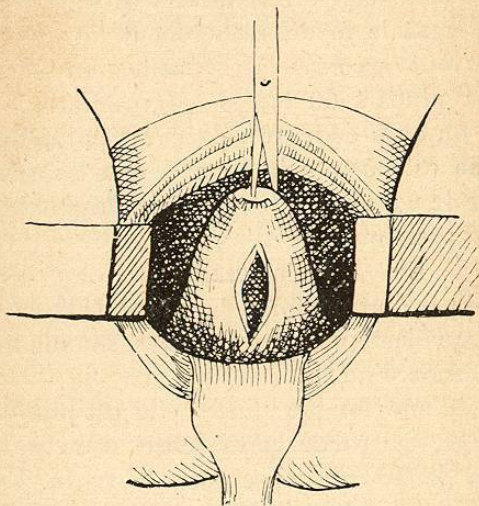


Fig. 36. — Elytrotomie interligamentaire.
Incision du cul-de-sac postérieur du vagin.

assure le drainage parfait grâce à un double drain en croix.

La technique en est bien simple.

Une large valve déprime la fourchette. Deux écarteurs latéraux peuvent, au besoin, être également placés.

On saisit la lèvre postérieure du col avec une pince à griffes confiée à un aide qui la tire fortement en haut.

On sent alors les deux ligaments utéro-sacrés tendus comme deux cordes de chaque côté du cul-de-sac postérieur.

C'est dans la dépression qui se trouve dans leur intervalle qu'on pratique l'incision (fig. 36).

Elle est faite à 1 centimètre au-dessous de l'insertion du vagin sur le col et doit descendre verticalement sur la ligne médiane dans une étendue de 4 à 6 centimètres. L'index de la main gauche introduit dans le rectum le préserve contre la blessure du bistouri.

On passe un ou deux doigts à travers la boutonnière faite au Douglas pour dilacérer les poches secondaires ou pour libérer l'utérus de ses adhérences, si c'est dans ce but que l'opération a été faite.

On introduit ensuite un drain qui permettra l'écoulement facile des liquides et servira aux irrigations. Il soutiendra en même temps l'utérus, ce qui est très avantageux dans l'élytrotomie pour rétrodéviations utérines, afin d'empêcher les adhérences de se reformer. Il faut employer un drain double en croix, formé de deux tubes en caoutchouc de 10 centimètres environ de longueur et croisés à l'une de leurs extrémités par un autre tube long de 4 à 5 centimètres. On l'introduit dans le Douglas entre les mors d'une longue pince qui maintient repliées les branches transversales du drain.

Quelques points de suture à la soie ferment la plaie vaginale et enserrrent le drain.

Un lavage de la cavité et un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée terminent l'opération.

Des irrigations quotidiennes seront faites avec un liquide antiseptique, suivies de lavages avec une solution neutre (sel marin à 7/1000) aussi longtemps que le drain donne passage au pus. Le drain sera retiré ensuite et remplacé par la gaze iodoformée jusqu'à la rétraction complète de la poche.

Si l'opération s'adresse aux adhérences de l'utérus, deux ou trois lavages suffiront pour tarir le suintement séro-sanguinolent, et le drain est retiré au bout de huit jours.

Quant l'élytrotomie est pratiquée pour *grossesse extra-utérine*, on incise le cul-de-sac postérieur dans un endroit où on ne sent pas les pulsations artérielles. Cet orifice est ensuite débridé et agrandi avec les doigts introduits en cône jusqu'à ce que la main y puisse passer tout entière. On saisit le pied qu'on amène à la vulve, et à sa suite on dégage peu à peu le reste du corps. Le cordon est coupé à ce moment et on procède au décollement du placenta. S'il est adhérent, on l'abandonne et on irrigue la cavité avec une solution de naphthol β . Pinard fait ensuite des injections fréquentes qu'on peut remplacer par des tampons de gaze iodoformée s'il ne se manifeste pas de signes d'infection putride.

XI

ÉNUCLÉATION DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

INDICATIONS. — L'énucléation des fibromyomes par la voie vaginale, imaginée par Velpeau et exécutée pour la première fois par Amussat, dont elle porte le nom, doit être réservée pour les corps fibreux de petit volume. Elle est alors une opération inoffensive, qu'il ne faut pas confondre avec la myomotomie vaginale par morcellement, préconisée par notre regretté maître Péan.

Les fibromes justiciables de l'énucléation à proprement parler peuvent être rangés dans quatre catégories :

1° Ceux de la portion vaginale du col, fibromes intravaginaux ;

2° Ceux de la portion sus-vaginale du col et qui se trouvent très près du vagin. Ce sont des fibromes pelviens ou sous-aponévrotiques, nés de la portion sus-vaginale du col et développés dans le tissu cellulaire du bassin, sous l'aponévrose sacro-recto-génitale ;

3° Ceux de la face antérieure et postérieure de l'utérus, juxta-vaginaux, fibromes sous-péritonéaux ;

4° Enfin, ceux de la cavité utérine, fibromes sous-muqueux ou interstitiels placés très près de la muqueuse.

L'énucléation abdominale intra-péritonéale ne s'applique qu'aux fibromyomes interstitiels à évolution abdominale, bien encapsulés et à noyau unique. C'est alors une