

huitième jour complètement rétablie et sans présenter aucun trouble nerveux. Quelques jours après seulement elle accusait de fortes névralgies, des fourmillements dans tout le corps, se plaignait de dangers chimériques, pleurerait sans cause.

Des faits analogues ont été relevés par plusieurs auteurs. On a même constaté des troubles cérébraux, de la manie aiguë, de la lypémanie, non seulement après des interventions abdominales, mais également à la suite des opérations sur le col de la matrice, sur le périnée, sur la vulve et même sur les seins. Au cours de récentes discussions à la Société de chirurgie sur la question des psychoses post-opératoires, on a relevé de nombreux cas nouveaux, et l'accord semble établi que les troubles nerveux et même cérébraux, heureusement assez rares, ne se produisent, comme le remarque très judicieusement Pozzi, « que chez des névropathes chez lesquelles une circonstance quelconque devait tôt ou tard amener une catastrophe imminente ».

Effectivement, dans notre cas, nous avons pu établir, d'une manière indéniable, l'existence chez la malade de troubles nerveux antérieurs. Elle a, du reste, parfaitement guéri au bout de quelques mois.

XXVIII

PÉRINÉOTOMIE

INDICATIONS. — Les périnéotomies transversale et verticale sont des opérations relativement nouvelles, dont les indications peuvent encore s'étendre dans l'avenir.

La première, qui consiste dans un dédoublement de la cloison recto-vaginale, trouve tout d'abord une application toute naturelle dans les cas de corps fibreux enclavés dans cette cloison. C'est ainsi qu'a procédé Pozzi, pour un gros fibrome dédoublant partiellement la cloison recto-vaginale. Le Fort et Marc Sée ont vu même les fibromes dédoubler la cloison dans toute sa hauteur, ce qui rendait très facile l'intervention par le périnée.

Otto Zuckerkandl a préconisé la périnéotomie transversale pour l'ablation du col utérin atteint de cancer, l'incision entre les tubérosités ischiatiques offrant une voie plus large que le vagin.

Pozzi a eu également recours à la voie périnéale dans un cas d'épithélium primitif de la partie supérieure du vagin chez une femme dont la vulve était étroite. Olshausen et Thorn ont agi de même dans des circonstances analogues.

Enfin Sanger recommande l'incision transversale du périnée pour évacuer les collections situées dans le cul-de-sac de Douglas.

La périnéotomie verticale a été préconisée par Hegar

pour atteindre les abcès situés dans les parties profondes du bassin sans ouvrir le péritoine, opération analogue à la laparotomie sous-péritonéale.

Au sixième Congrès de chirurgie, P. Michaux a proposé la voie ischio-rectale dans les fistules qu'on ne peut atteindre par le vagin, les fistules situées très haut, au niveau du col, ou cachées au fond d'un vagin rétréci, derrière une série de cicatrices.

PÉRINÉOTOMIE TRANSVERSALE. — Mêmes préparatifs que pour la périnéorrhaphie. La malade est dans la position dorso-sacrée, les jambes soutenues par deux aides ou par des tiges métalliques surmontées d'un croissant. La vulve et le pourtour de l'anus seront rasés et soigneusement antiseptisés ainsi que le vagin et le rectum. Deux doigts sont introduits dans le canal intestinal et guident l'opérateur pendant la dissection. On trace au bistouri une incision transversale allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre et qui comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Si on le juge utile, on peut ajouter aux extrémités de cette section deux petites incisions analogues à celles qu'on fait au-dessous du tracé en U, dans le procédé de périnéorrhaphie de Lawson-Tait pour les déchirures complètes. On dédouble ensuite la cloison recto-vaginale, en partie avec les doigts, en partie avec les ciseaux, plus ou moins profondément, suivant l'objet de l'opération. Lorsqu'il s'agit d'une collection purulente pelvienne ou d'un cancer de la partie supérieure du vagin, le décollement sera poursuivi jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

PÉRINÉOTOMIE VERTICALE. — Nous avons déjà décrit le manuel opératoire que suit Michaux pour atteindre certaines fistules par la voie ischio-rectale. Hegar procède ainsi pour évacuer les abcès situés surtout dans la moitié postérieure de la cavité pelvienne :

Les précautions antiseptiques ordinaires étant prises, on trace une incision allant de la tubérosité ischiatique jusqu'à l'extrémité du coccyx. Sânger fait une incision plus étendue; elle commence au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre et finit à 2 centimètres en dehors de l'anus, entre cet orifice et la tubérosité ischiatique. On décolle les tissus avec les doigts et on parvient ainsi à mettre à nu une grande partie de la face inférieure du releveur de l'anus. Les vaisseaux hémorroïdaux moyens et inférieurs qu'on rencontre sont ordinairement faciles à ménager. Dans le cas contraire, si on n'a pas pu éviter de les blesser, on les liera avec de la soie fine. Pour atteindre la collection purulente, on se frayera un chemin à travers la faible couche de fibres musculaires et le tissu cellulaire lâche qui double le péritoine.

XXIX

RACCOURCISSEMENT EXTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS RONDS

OPÉRATION D'ALQUIÉ-ALEXANDER

INDICATIONS. — Imaginée par Alquier en 1840, cette opération fut surtout recommandée par Alexander et Adams qui l'ont pratiquée presque simultanément, le premier à la fin de 1881, le second au commencement de 1882. Elle compte beaucoup de défenseurs parmi les chirurgiens français, anglais et américains. En Allemagne on y a rarement recours. L'opération d'Alexander est surtout employée contre les rétro-déviation utérines, plus rarement contre le prolapsus de la matrice. Très en vogue au début, elle nous semble actuellement avoir beaucoup perdu de son prestige. En effet, nombre de chirurgiens préfèrent, comme nous, s'adresser le plus souvent à l'hystéropexie abdominale lorsqu'il y a une indication positive pour une intervention sanglante dans les cas de rétro-déviation de l'utérus.

L'hystéropexie abdominale donne, certes, des résultats plus sûrs et plus durables que le raccourcissement des ligaments ronds. Pourtant, plus encore en chirurgie qu'en pathologie interne, il faut savoir être éclectique dans le choix des ressources thérapeutiques, et nous admettons volontiers, avec Segond, que l'opération d'Alexander n'of-

frant aucun danger, pourrait être tentée tout d'abord, réservant la gastro-fixation aux cas d'insuccès par la première intervention. Nous parlons, bien entendu, des rétroversions absolument et facilement réductibles; celles qui sont adhérentes ne sont justiciables que de la laparotomie.

Le raccourcissement des ligaments ronds est donc indiqué dans les cas de rétro-déviation mobile douloureuse, lorsqu'on a essayé en vain tous les moyens palliatifs : réduction manuelle de l'utérus, suivie de l'application d'un bon pessaire, massage simple ou massage à deux de Thure-Brandt, etc. Comme on voit, ce sont les mêmes indications que nous avons exposées avec plus de détails à propos de vagino-fixation. En effet, ces deux opérations sont applicables dans les mêmes circonstances et peuvent se disputer la faveur du chirurgien. Nous donnons néanmoins la préférence, dans ces conditions, à l'opération d'Alexander qui ne paraît gêner ni la grossesse ni l'accouchement. On ne peut en dire autant de l'hystéropexie vaginale après laquelle on a signalé des accidents graves au moment de la délivrance. La colpo-hystéropexie sera donc plutôt réservée aux femmes ayant dépassé la ménopause.

Quant au prolapsus de l'utérus il ne pourra y être remédié uniquement par le raccourcissement des ligaments ronds que dans les cas bien exceptionnels où la matrice elle-même est notablement abaissée, et où il n'existe ni élongations hypertrophiques du col, ni procidence du vagin, ni affaiblissement ou déchirure du plancher pelvien.

Dans le cas contraire, le plus fréquent d'ailleurs, l'opération d'Alexander devra toujours être complétée par l'amputation du col et les diverses opérations plastiques sur le vagin et le périnée.

Ajoutons enfin que le raccourcissement des ligaments ronds doit toujours être précédé par un curettage destiné

à combattre la métrite concomitante. Ces diverses opérations sont exécutées dans la même séance et ne demandent guère plus d'une heure. On commence par le curettage, on fait ensuite l'amputation du col par tel ou tel autre procédé, on raccourcit les ligaments ronds et on termine par une colpopérinéorrhaphie combinée ou non à l'élytrorrhaphie antérieure.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Les soins préliminaires doivent consister dans l'antisepsie rigoureuse de la région opératoire. Le pubis et la

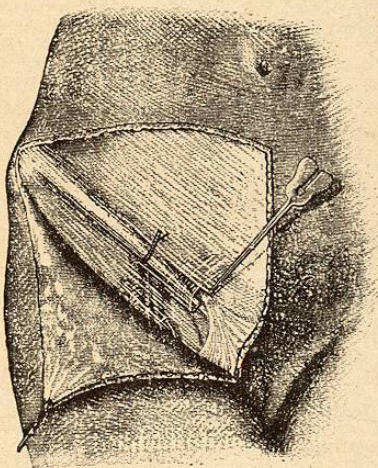


Fig. 107. — Le ligament rond au niveau de l'anneau inguinal externe.

vulve seront rasés. Les parois abdominales seront savonnées, brossées et lavées au sublimé, à l'alcool et à l'éther (fig. 107).

ISOLEMENT DES LIGAMENTS RONDS. — La peau étant tendue avec les doigts de la main gauche, on trace, à partir de

l'épine du pubis, une incision de 5 à 6 centimètres parallèle à l'arcade de Fallope. On divise la peau et les tissus sous-cutanés jusqu'à l'aponévrose du grand oblique. On trouve ensuite facilement l'orifice externe de l'anneau inguinal, grâce à la dépression qu'on sent avec le doigt entre les deux piliers du canal. On incise dans la direction de ce canal les fibres arciformes qui relient les piliers et on tombe sur un tissu graisseux qu'accompagne le liga-

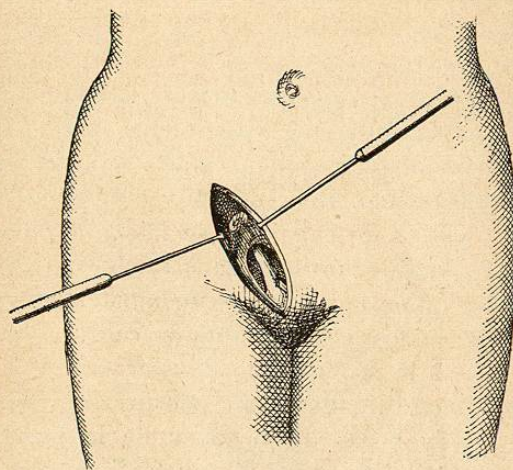


Fig. 108. — Opération d'Alquié-Alexander.
Ligament rond mis à nu (Chalot).

ment rond. On écarte la branche inguinale du nerf génito-crural et on recherche le ligament. On ne le trouve pas toujours facilement au niveau de l'orifice externe du canal inguinal vu qu'il s'éparpille à cet endroit en un faisceau de filaments. Au lieu de perdre notre temps en longues recherches, nous préférons, dans ces cas, à l'exemple d'Edebohls, de Puech, de Chalot, inciser la paroi antérieure du canal où nous sommes certain de le trouver facilement. Il se présente sous forme d'un petit cordon gris rosé qu'on saisit avec une pince hémostatique ou

avec des crochets (fig. 108). A l'aide d'une sonde cannelée et de ciseaux, on le détache des brides celluleuses qui le relient aux parois et on recouvre la plaie d'une compresse pendant qu'on va à la recherche du second ligament en procédant de la même façon. L'opération est ensuite suspendue pendant quelques instants pour permettre à un aide de redresser l'utérus.

REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS. — La réduction bi-manuelle peut suffire dans la majorité des cas. Alexander conseille de la faire avec un hystéromètre. On le choisira pas trop mince pour éviter de blesser l'utérus. Pendant que l'aide procède à cette réduction, l'opérateur enlève les compresses qui recouvrent les deux plaies et attire au dehors les ligaments ronds. Bien dégagés des brides qui les relient aux parois du canal, ils se laissent amener avec une extrême facilité, presque sans traction. La sensation de résistance qu'on éprouvera à un moment donné avertira que l'utérus est enfin maintenu, ce qui sera facile à vérifier grâce à la présence de l'hystéromètre. La partie libérée de chaque ligament doit mesurer de 8 à 10 centimètres. Il n'y a pas à s'occuper de la possibilité de déchirer le péritoine entraîné par le ligament, fait qui était regardé autrefois comme un accident redoutable et auquel l'asepsie rigoureuse qui accompagne toutes nos interventions a enlevé toute importance.

FIXATION DES LIGAMENTS RONDS. — Avant de couper la portion libérée des ligaments ronds, il faut suturer à l'orifice inguinal externe, ce qui va devenir leur extrémité après la section du bout inférieur. A cet effet, pendant qu'un aide les maintient tendus, on passe deux points de suture à la soie ou au catgut qui traversent successivement le pilier externe, le ligament rond et le pilier interne. La paroi antérieure du canal inguinal sera également

suturée pour peu qu'on ait dû l'inciser dans la recherche des ligaments. Quelques chirurgiens, au lieu de couper ensuite les ligaments ronds au-dessous du segment fixé, les pelotonnent au-devant de l'anneau inguinal pour

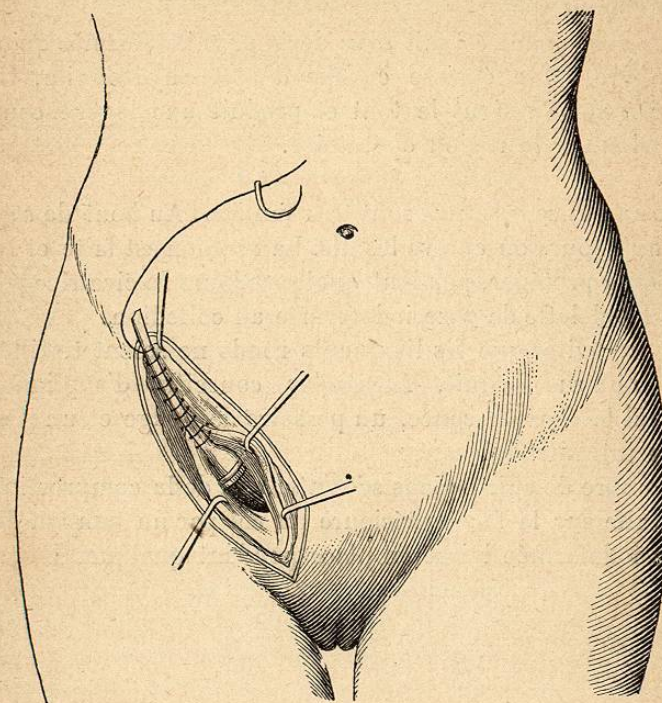


Fig. 109. — Opération d'Alquié-Alexander.
Suture du ligament rond droit (Chalot).

former une sorte de bouchon. Cette précaution nous semble inutile.

Kocher fixe le ligament rond sur l'aponévrose du muscle grand oblique, au-dessus de la moitié externe du ligament de Poupart, avec un surget de soie (fig. 109).

SUTURE DE LA PEAU. — PANSEMENT. — Les lèvres de l'incision sont réunies par quelques points de suture au crin

de Florence. On pourrait également, à l'exemple de Pozzi, faire l'occlusion de la plaie par une suture continue au catgut à étages superposés, en comprenant dans le plan profond l'anneau inguinal qui se trouvera ainsi complètement fermé.

Le pansement est fait avec de la gaze iodoformée qu'on recouvre d'une épaisse couche d'ouate hydrophile. Un double spica retient le tout et produit une légère compression sur la région opératoire.

LES SOINS CONSÉCUTIFS sont très simples. Au bout de sept ou huit jours on enlève les fils. La réunion est faite et on n'a qu'à protéger, pendant quelques jours la cicatrice par une bandelette de gaze iodoformée au collodion.

Pour éviter que les ligaments ronds ne soient tirillés par l'utérus réduit, Alexander conseille d'appliquer durant la convalescence, un pessaire de Hodge et un pessaire intra-utérin.

Nombre de chirurgiens se contentent de la compression produite sur la face antérieure du col par un tampon de gaze iodoformée laissé en place pendant quelques jours.

XXX

RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL
DES LIGAMENTS RONDS

INDICATIONS. — L'opération d'Alquié-Alexander, comme nous l'avons vu, ne peut être employée que contre les rétrodéviations absolument mobiles. Quelques chirurgiens ont voulu l'étendre aux cas où les adhérences retiennent l'utérus dans sa position vicieuse; ils ont été naturellement amenés à modifier sa technique, l'ouverture de la cavité abdominale devenant nécessaire pour rompre les adhérences.

Wylie et Ruggi ont été les premiers à pratiquer presque simultanément, en 1886, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Bode, Polk, Dudley ont également proposé, mais plus tard, des procédés de fixation « normale » de l'utérus. Autant que nous avons pu nous renseigner, tous ces procédés, à quelques rares exceptions près, ne sont point sortis de la pratique personnelle de leurs inventeurs. Cela est dû à ce que toutes ces nouvelles opérations sont d'une exécution plus compliquée que l'hystéropexie abdominale, tout en lui étant inférieures à plus d'un point de vue.

En effet, les ligaments ronds sont souvent très altérés dans les cas de rétrodéviation de l'utérus, leur élongation post-opératoire est très possible et ils offrent, en dehors même de toutes ces considérations, un moyen de fixation,