

de substance considérable dans la paroi vésico-vaginale où l'oblitération vaginale fut pratiquée et qui ont tous deux été suivis de guérison. Voici le résumé de ces deux observations :

OBSERVATION I. — Chez la première malade, toute la paroi vaginale antérieure était détruite à 3 centimètres du méat. Le vagin était rétréci à cette hauteur par une cicatrice dans laquelle il restait, sous l'arcade pubienne, une ouverture pouvant admettre deux doigts conduisant dans la vessie, dans laquelle s'abouchait la matrice.

Une première opération pratiquée le 2 mai 1871 réduisit l'ouverture au diamètre d'une plume; cette opération fut faite, la malade ayant le tronc élevé, la tête un peu plus basse que le tronc, et les cuisses fléchies sur le ventre, position qui est adoptée par M. Herrgott.

Lorsque l'avivement fut terminé, les bords de la fente furent réunis par cinq fils métalliques en argent, qui firent l'office de sutures de rapprochement, et sept fils de soie, placés entre les fils, qui maintinrent réunies les parties rapprochées. L'opération qui avait été commencée à 9 heures et demie fut terminée à 11 heures, elle fut faite sans chloroforme.

Après une deuxième opération pratiquée le 9 juin 1871, il ne resta plus qu'un pertuis filiforme, qui fut fermé par une troisième opération le 11 mars 1872.

L'incontinence d'urine fut complètement guérie.

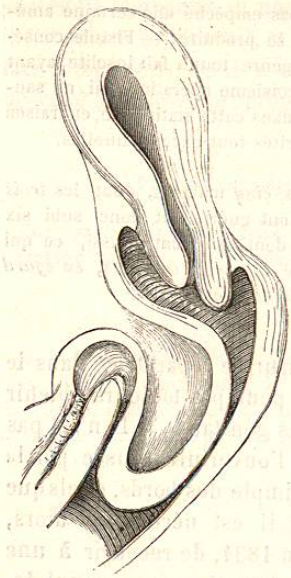


Fig. 324. — Fistule vésico-vaginale. — Hernie de la vessie à travers l'ouverture fistuleuse. (HERRGOTT.)

OBSERVATION II. — Chez la deuxième malade, mère de douze enfants, il survint à la suite du dernier accouchement, qui fut très-long, une perte de substance de toute la paroi antérieure du vagin; à travers cette large ouverture, qui admettait facilement trois doigts, la muqueuse vésicale, renversée par elle-même, faisait hernie et remplissait le vagin (fig. 324).

Une première opération pratiquée le 10 janvier 1872 avait pour but de faire adhérer le bord antérieur de la perte de substance non à la lèvre antérieure du col, qui était fortement diminuée, mais à la lèvre postérieure du col au milieu, et à la muqueuse vaginale postérieure sur les côtés.

Les figures 325 et 326 montrent le schéma de l'opération.

La femme tombe malade peu de jours après l'opération qui échoue complètement.

Le 10 février 1872 on fait une deuxième opération de la manière suivante :

Le côté droit de la perte de substance est d'abord réuni à la suite de cette partie de l'opération, la hernie vésicale si gênante est maintenue réduite, le

col remonte, et au devant de celui-ci la paroi vaginale postérieure constitue un repli épais, qui est largement avivé et réuni au bord antérieur gauche de la perte de substance. Le vagin constitue alors un cul-de-sac profond, fermé par onze points de suture métallique.

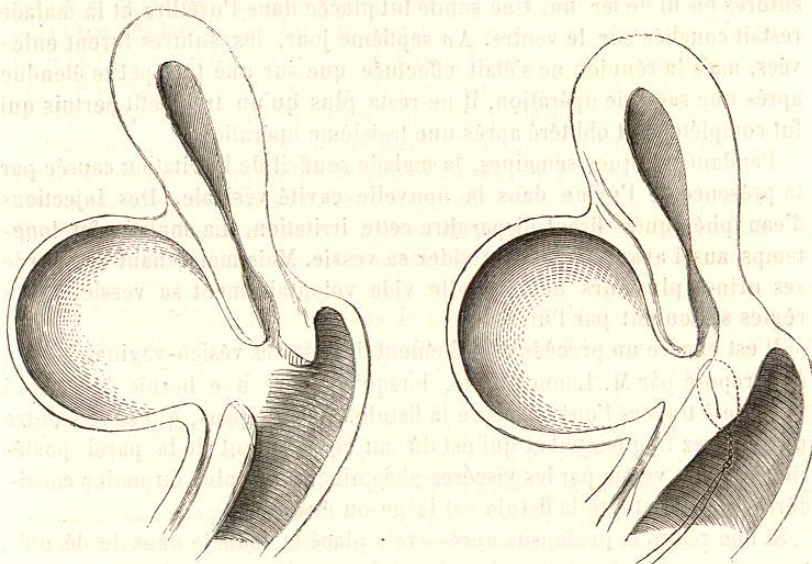


Fig. 325. — Fistule vésico-vaginale (*).

Fig. 326. — Fistule vésico-vaginale après la réunion du bord antérieur de la fistule à la lèvre postérieure du col.

L'opération ne réussit qu'à gauche; à droite (dans les tissus cicatriciels) il resta une ouverture triangulaire longue de 15 millimètres.

Le 27 mai 1872 une troisième opération ferme celle-ci, la malade est complètement guérie de son incontinence. Le sang menstruel est évacué avec l'urine.

Le docteur Atthill (1) a également publié une observation de destruction du bas-fond de la vessie traitée par l'occlusion du vagin et qui fut suivie de succès. Dans ce cas, la paroi antérieure du vagin était détruite à trois quarts de pouce en arrière de l'orifice de l'urèthre; il y avait aussi une destruction du bas-fond de la vessie; l'ouverture était à peu près circulaire. Il ne restait qu'un demi-pouce du canal de l'urèthre qui était oblitéré.

Le docteur Atthill rétablit d'abord le canal urétral à l'aide d'un tro-

(1) Atthill, *Case of destruction of the Bladder treated by closure of the vagina* (*the med. Press and circul.*, 18 déc. 1872, p. 528).

(*) La hernie de la vessie représentée dans la figure 324 a été réduite et l'avivement de la lèvre postérieure du col, et de la lèvre antérieure de la fistule a été pratiqué.

cart qu'il laisse à demeure pendant les premiers temps. Après trois semaines l'urètre paraissant ne plus avoir de tendance à s'oblitérer, l'occlusion du vagin fut alors pratiquée. L'avivement fut effectué sur une largeur d'un quart de pouce, et les surfaces saignantes réunies avec des sutures en fil de fer fin. Une sonde fut placée dans l'urètre et la malade restait couchée sur le ventre. Au septième jour, les sutures furent enlevées, mais la réunion ne s'était effectuée que sur une très-petite étendue après une seconde opération, il ne resta plus qu'un très-petit pertuis qui fut complètement oblitéré après une troisième opération.

Pendant quelques semaines, la malade souffrit de l'irritation causée par la présence de l'urine dans la nouvelle cavité vésicale. Des injections d'eau phéniquée firent disparaître cette irritation. La malade fut longtemps aussi avant de pouvoir vider sa vessie. Mais maintenant elle garde ses urines plusieurs heures, elle vide volontairement sa vessie, et les règles s'écoulent par l'urètre.

Il est encore un procédé de traitement des fistules vésico-vaginales qui a été proposé par M. Lannelongue, lorsqu'il existe une hernie de la paroi vésicale à travers l'ouverture de la fistule. Ce prolapsus, qui se rencontre même assez fréquemment et qui est dû au refoulement de la paroi postérieure de la vessie par les viscères abdominaux, est plus ou moins considérable, suivant que la fistule est large ou étroite.

Si l'on réduit le prolapsus après avoir placé la malade dans le décubitus antérieur, la femme reposant sur les coudes et sur les genoux, on peut, en introduisant dans le vagin un spéculum de Bozeman, reconnaître que l'on a bien devant soi la paroi postérieure de la vessie, et qu'au niveau de la lèvres postérieure de la fistule cette paroi se continue avec cette lèvre dont elle forme le plan antérieur ou vertical.

C'est en se servant de ce prolapsus que M. Lannelongue a pu remédier à une destruction complète de toute la cloison vésico-vaginale dont était atteinte une malade de son service à l'hôpital des cliniques.

Voici l'observation qu'il a publiée à ce sujet.

OBSERVATION III. — « Madame X..., âgée de 36 ans, accouchait à Soissons, le 14 juillet 1872; le travail, qui avait commencé à neuf heures du matin, nécessita, dans la soirée, trois applications de forceps. La dernière eut lieu à minuit. Quelques jours plus tard se déclarait la perforation, qui la décida à venir à Paris réclamer des soins. L'examen que nous pratiquons nous fait constater une solution de continuité énorme, comprenant presque toute la paroi antérieure du vagin et une partie de sa paroi latérale. Dans le sens antéro-postérieur, elle s'étend, en effet, du col utérin réduit à quelques tubercules jusqu'à 0^m,02 ou 0^m,03 environ de l'orifice de l'urètre.

« En réalité, la paroi vaginale antérieure est réduite à une bande transversale de la largeur indiquée, et qui supporte pour ainsi dire le canal urétral.

« Sur les côtés et en avant, la fistule a pour limites les branches ischio-pu-

biennes, et, à ce niveau, toutes les parties molles faisant défaut, c'est le périoste de ces os qui limite la solution de continuité.

« Un peu plus en arrière, la fistule est limitée par les parois latérales du vagin, qui forment comme un croissant sur son bord postérieur. Le bas-fond vésical et la portion du vagin qui lui correspond étaient donc détruits. Il ne fallait pas dès lors s'attendre à trouver l'orifice des uretères dans la vessie. L'un et l'autre, en effet, s'ouvraient dans le vagin; le droit contre la branche osseuse ischio-pubienne; celui de gauche dans l'angle de la fistule.

« Par l'orifice fistuleux s'échappait la paroi postérieure de la vessie, qui, s'engageant dans le vagin, apparaissait à la vulve, qu'elle dépassait, sous forme d'une tumeur rouge du volume d'un œuf de pigeon.

« La malade porte sur sa figure l'empreinte d'une anémie très-prononcée. Elle est pâle, les muqueuses oculaires et gingivales sont décolorées; ses traits expriment la souffrance et témoignent du dégoût que lui inspire sa situation.

« Je fis précéder l'opération, que je pratiquai le 26 décembre 1872, d'un temps préliminaire indispensable au succès de l'entreprise; il avait pour but de replacer dans la vessie elle-même l'orifice de celui des uretères qui s'ouvrait dans le vagin. Ce temps fut exécuté à l'aide d'une chaîne d'écraseur introduite, au moyen d'une aiguille, dans le canal de l'uretère.

« Après avoir parcouru un trajet de 0^m,01 environ, l'aiguille fut poussée dans la vessie, et je pratiquai alors à l'aide de la chaîne la section de la paroi supérieure de l'uretère dans l'étendue de 0^m,01.

« Je fis cette manœuvre sans crainte, m'étant plusieurs fois assuré avec un stylet du trajet parcouru par l'uretère dans l'épaisseur de la paroi vaginale elle-même.

« Le 26 décembre, j'exécutai l'opération proprement dite. Elle se composa d'un avivement suivi de l'affrontement des parties, puis de la suture de ces parties avivées.

« L'avivement fut fait d'une part sur la vessie, d'un autre côté sur la partie antérieure de la paroi du vagin.

« Sur la vessie, j'avivai le prolapsus lui-même à une distance de la lèvre postérieure de la fistule, suffisante pour qu'entre cette partie avivée et la lèvre postérieure de la fistule, il y ait assez pour combler toute la fistule.

« La muqueuse vésicale elle-même fit les frais de l'avivement, lequel se présenta sous la forme d'une bande transversalement dirigée de 0^m,01 environ de longueur, et allant de l'un à l'autre des angles latéraux de la fistule. Les parties avivées furent mises en présence, et le contact fut maintenu à l'aide de onze points de suture métallique, huit jours après j'enlevai ces fils.

« C'est le résultat de cette opération faite il y a deux mois que je vais décrire maintenant.

« La perforation a été comblée entièrement par l'opération. Tous les points de suture avaient tenu.

« Mais je tiens à dire quels sont mes regrets de n'avoir pas fait pour le second uretère ce que j'avais fait pour le premier. Le premier, en effet, celui dont j'ai déplacé l'ouverture dans le temps préliminaire de l'opération, fonctionne comme il doit le faire; mais le second, celui dont l'ouverture était placée sur le triangle de la lèvre postérieure avec la paroi latérale, celui-là

n'a pas été ramené dans la vessie, il s'ouvre encore aujourd'hui dans le vagin. Je me propose, dans peu de jours de faire une tentative dans le but d'achever la guérison.

« Pour terminer ce qui a trait au manuel opératoire, je dois rappeler que pendant le cours de l'opération, je dus pratiquer un débridement sur le vagin afin de permettre à la partie antérieure de ce conduit d'aller rejoindre un angle de la paroi vésicale avivée.

« L'examen actuel de la malade démontre que le lambeau vésical que comble la perforation est épais, résistant, légèrement proéminent dans le vagin, où il forme un relief de couleur plus foncée que le reste de la paroi vaginale. Cet examen serait incomplet si je ne le faisais suivre de celui de la cavité vésicale. Incontestablement la capacité du réservoir de l'urine est amoindrie chez cette femme, puisqu'on lui a soustrait une partie de la paroi que limite sa surface. Mais le rapport de cette partie utilisée, à la confection du vagin, au reste de la paroi vésicale, n'était pas de nature à inspirer de crainte sur ce point. Et en effet, une sonde de femme introduite dans la vessie se meut librement et avec beaucoup d'aisance dans la nouvelle cavité, à ce point de vue, je n'accorde pas d'importance à ce fait que la malade retient ses urines pendant plus d'une heure lorsqu'elle est couchée, car on ne doit pas oublier que chez elle le col de la vessie fait défaut. Il avait disparu, en effet, avec le bas-fond de cet organe, et l'avivement que je pratiquai sur le vagin le jour de l'opération arrivait presque à la vulve.

« Tel est le résumé de ce fait qui démontre la possibilité de restaurer le vagin par la voie que j'ai indiquée; et bien qu'il me reste pour achever la cure de remédier au petit orifice qui existe encore aujourd'hui, je n'hésite pas à penser que ce procédé trouvera des indications plus précises dans des cas moins compliqués que celui que je viens d'exposer (1). »]

Mentionnons encore une complication rare et sans doute unique qu'a observée Duboué, et dont la persistance eût rendu inutile toute tentative opératoire. Il s'agissait d'une oblitération complète de l'orifice profond de l'urètre, survenue peu de temps après la chute de l'eschare qui avait perforé la cloison vésico-vaginale. L'accouchement ayant eu lieu le 19 août 1862, l'oblitération uréthrale a été constatée un an plus tard, le 15 juin 1863; il y a donc tout lieu d'admettre avec M. Duboué que cette dernière ait été due à une cicatrisation vicieuse des bourgeons charnus avoisinant l'orifice profond uréthral peu de temps après la formation de la fistule.

Le calibre du canal a pu être rétabli à l'aide d'un instrument particulier que nous appellerons avec l'auteur *uréthrotome à pression continue*, et qui agit à la façon de l'entérotome de Dupuytren dans l'opération de l'anus contre nature. Cet instrument se compose (fig. 327) de deux pièces principales dont l'une, supportant une cupule d'acier, est destinée à être

(1) Lannelongue, *Nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales* (Société de chirurgie, 5 mars 1873, et *Gazette des Hôpitaux* 1873, p. 315).

placée dans la fistule elle-même derrière le cul-de-sac uréthral, et dont l'autre, composée d'une tige d'acier qui traverse le canal de l'urètre, se termine en une sorte de renflement sphérique hérissé, comme la cupule,

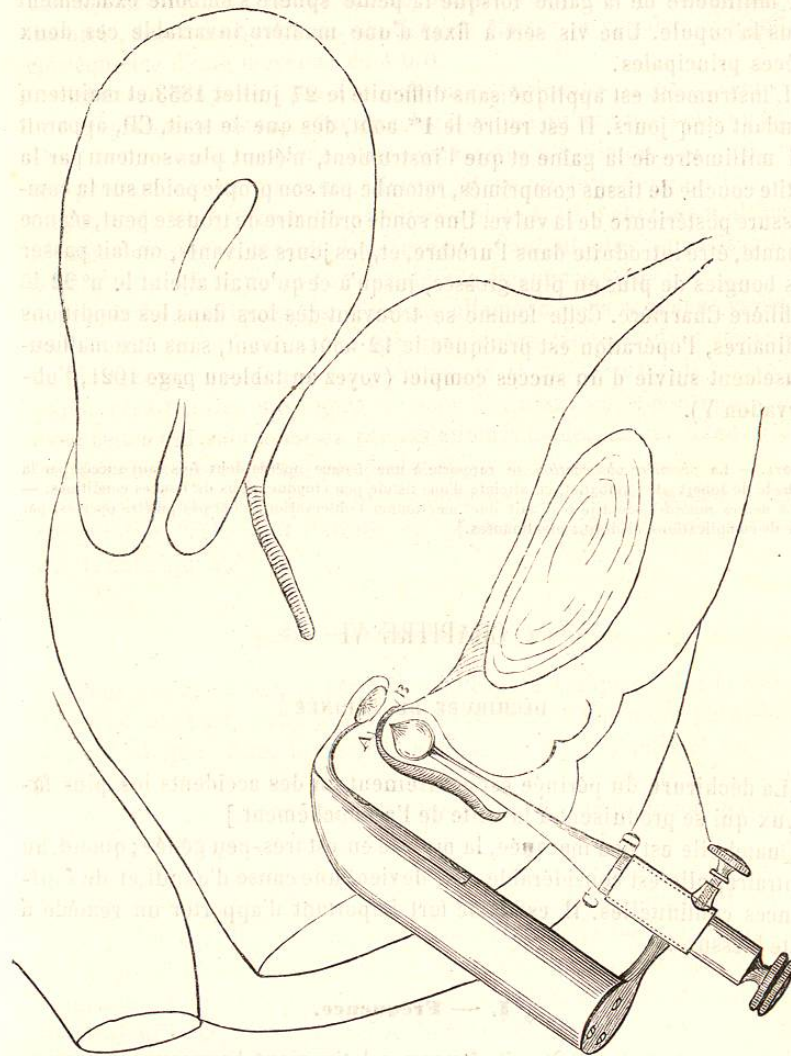


Fig. 327. — Uréthrotome vu en place, devant agir par pression continue et destiné à détruire la petite rondelle de tissus (*).

de petites aspérités. Cette petite sphère, en s'appliquant sur la cupule déjà mentionnée, vient comprimer le cul-de-sac uréthral, AB, qu'il s'agit

(*) AB, Rondelle de tissus vue de profil; CD, ligne gravée sur la tige métallique et se trouvant à 0^m, 001 de la gaine, lorsque les tissus compris suivant la ligne AB sont entièrement détruits.

de détruire. La tige elle-même, avant d'entrer dans l'urèthre, est engagée dans une courte gaine que supporte, par un petit levier, le manche de la première pièce ; sur une tige est gravé un petit trait, CD, qui se trouve à 1 millimètre de la gaine lorsque la petite sphère s'emboîte exactement dans la cupule. Une vis sert à fixer d'une manière invariable ces deux pièces principales.

L'instrument est appliqué sans difficulté le 27 juillet 1853 et maintenu pendant cinq jours. Il est retiré le 1^{er} août, dès que le trait, CD, apparaît à 1 millimètre de la gaine et que l'instrument, n'étant plus soutenu par la petite couche de tissus comprimés, retombe par son propre poids sur la commissure postérieure de la vulve. Une sonde ordinaire de trousse peut, séance tenante, être introduite dans l'urèthre, et, les jours suivants, on fait passer des bougies de plus en plus grosses, jusqu'à ce qu'on ait atteint le n^o 22 de la filière Charrière. Cette femme se trouvant dès lors dans les conditions ordinaires, l'opération est pratiquée le 12 août suivant, sans être malheureusement suivie d'un succès complet (voyez au tableau page 1021, l'observation V).

NOTA. — La première observation se rapporte à une femme opérée deux fois sans succès par la méthode de Jobert (de Lamballe), et atteinte d'une fistule peu étendue, dans de bonnes conditions. — Deux autres malades, dont je n'ai fait que mentionner l'observation, n'ont pas pu être opérées, par suite de complications ci-dessus mentionnées.]

CHAPITRE VI

DÉCHIRURE DU PÉRINÉE

[La déchirure du périnée est assurément un des accidents les plus fâcheux qui se produisent à la suite de l'accouchement.]

Quand elle est peu marquée, la malade en est très-peu gênée ; quand, au contraire, elle est considérable, elle devient une cause d'ennui et de souffrances continuelles. Il est donc fort important d'apporter un remède à cette blessure.

§ I. — Fréquence.

[Bien que cet accident soit devenu relativement beaucoup plus rare, grâce à l'habileté des accoucheurs modernes, il est cependant encore assez fréquent pour se présenter souvent à l'observation des chirurgiens.

C'est surtout à la suite d'un premier accouchement que les femmes sont atteintes de cette triste infirmité, et c'est cette circonstance qui la fait souvent passer inaperçue. Outre la répugnance qu'elles éprouvent à parler d'un tel sujet, les femmes s'imaginent que les accidents qu'elles

éprouvent sont la suite naturelle de leur accouchement, et il n'est pas rare de découvrir par hasard des cas déjà anciens de déchirure dont les sujets qui les présentent n'auraient jamais fait mention.]

[[Le docteur Bourgeot (1) rapporte que sur 600 femmes accouchées à Lariboisière du 1^{er} janvier au 15 octobre 1872, 24 eurent le périnée déchiré ; les trois quarts de ces femmes étaient primipares. Il s'agit en conséquence d'une moyenne de 4 0/0.

Olshausen (2) pense que les déchirures périnéales se produisent dans une proportion beaucoup plus grande ; il estime qu'une moyenne de 15 0/0 n'est même point exagérée. Dans son service de clinique, où l'on prend les précautions les plus minutieuses, il se produit, depuis 10 ans, une moyenne de 21, 0/0 chez les primipares et de 4,70/0 chez les multipares. L'auteur considère ces résultats comme d'autant plus satisfaisants que dans d'autres cliniques, on a constaté une fréquence de 47 0/0.

Ces chiffres indiqués par l'auteur allemand nous semblent véritablement exagérés, et nous ne comprenons guère comment dans son service de clinique où l'on prend des précautions si minutieuses, il arrive à un pareil résultat. Ces moyennes ne sont d'ailleurs nullement en rapport avec celles qui sont admises par les auteurs modernes qui fixent à 3 0/0 la fréquence des ruptures périnéales.]

Si, à la suite de cet accident, il reste des callosités ou des cicatrices irrégulières, cela peut devenir un obstacle important aux accouchements subséquents.

§ II. — Anatomie du périnée.

[Pour l'accoucheur, le périnée est l'espace compris entre la vulve et l'anus, d'une part, entre le vagin et le rectum, d'une autre part. On peut donc distinguer dans le périnée une partie superficielle et une partie profonde.

La partie profonde est formée principalement par les parois postérieure du vagin et antérieure du rectum.

Le vagin, qui mesure à peu près 17 centimètres de hauteur, est libre à son extrémité supérieure et tapissé seulement par un repli du péritoine ; plus bas, il est en rapport immédiat avec le rectum, auquel l'unit un tissu cellulaire dense et serré, et forme en ce point la paroi recto-vaginale ; enfin, à la partie inférieure, il s'écarte de l'extrémité de l'intestin dont le sépare une couche de tissu cellulo-graisseux.

Dans la partie superficielle, le périnée présente à étudier :

1^o La peau. Cette peau, d'une couleur foncée, est souvent recouverte

(1) V. Bourgeot, *Des déchirures du périnée, et du traitement des déchirures incomplètes récentes par les serre-fines*. Thèse 1872.

(2) Olshausen, *Ueber. Dammverletzung und Dammschutz* (Sammlung klinische Vorträge von Volkmann, n^o 44, 1872.)