

Ce mode de suture s'impose dans les larges avivements ovalaires, alors que, les parois latérales cédant peu, des points séparés n'arriveraient pas à rapprocher les bords de la muqueuse. En pareil cas, il est bon de consolider l'appareil de suture par quelques points séparés au fil d'argent ou au crin de Florence (fig. 89).

Enfin, lorsque l'avivement affecte plus ou moins la forme triangulaire, on peut, à l'exemple de Doléris, réunir isolément les bords des deux angles inférieurs et la ligne de suture représente alors un Y renversé (fig. 88).

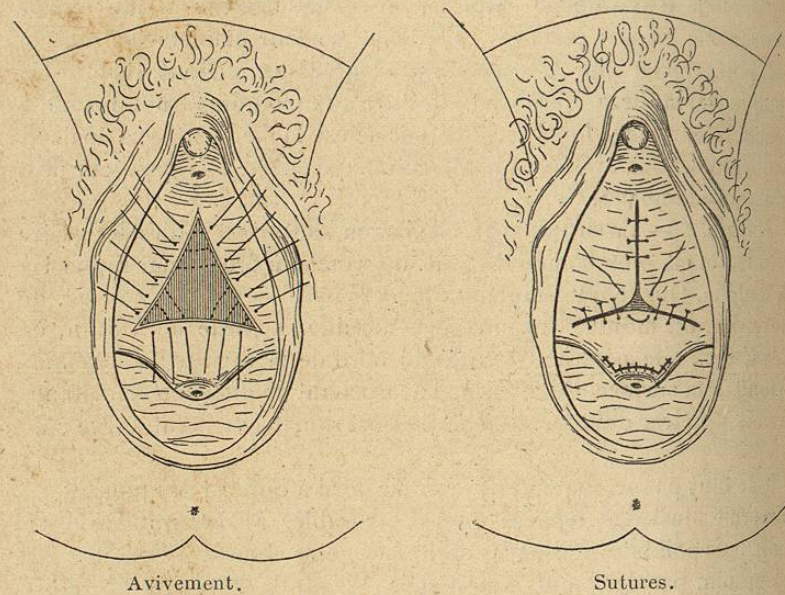


Fig. 88. — Colporrhaphie antérieure (procédé Doléris).

Stoltz (de Nancy), imité par Mundé, fait un avivement circulaire: au moyen d'une soie, montée sur deux aiguilles, il circonscrit l'avivement en passant dans l'épaisseur de la muqueuse, à quelques millimètres de son bord cruenté; puis, refoulant les tissus vers la vessie, il serre les fils. L'affrontement se fait, en bourse, par plissement circulaire. Un des fils est coupé court et l'autre ramené et fixé dans l'aine.

Fehling, afin d'éviter la tension et de réserver une plus grande largeur de tissus, fait une double colporrhaphie latérale. La colonne antérieure du vagin, respectée, sert de point d'appui, de part et d'autre, aux sutures. Il conseille, en outre, pour éviter les tiraillements, d'attendre la cicatrisation complète avant de procéder à la colporrhaphie postérieure.

Schücking, sans faire de perte de substance, trace une incision transversale au voisinage du col, dissèque, sans réséquer, en haut

et en bas, puis, écartant les lambeaux, de manière à figurer un losange, il suture longitudinalement, de gauche à droite. Il a donné à ce procédé le nom de *colpochiasnéorrhaphie* en raison de la disposition en croix de la ligne d'incision et de la ligne de suture. Il en résulte un épais repli cunéiforme de la muqueuse qui soutiendrait l'utérus comme un pessaire.

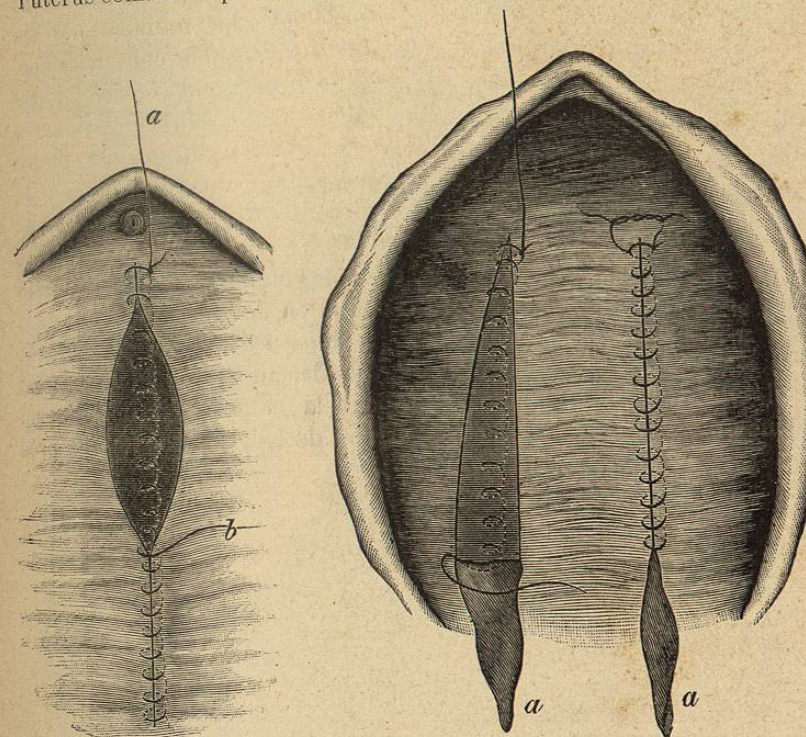


Fig. 89. — Colporrhaphie antérieure. Suture étagée continue. — a, extrémité supérieure du fil; b, extrémité inférieure du fil.

Fig. 90. — Élytrorrhaphie bilatérale. Suture étagée continue. — a, lambeaux disséqués (Aug. Martin).

De nombreuses variantes peuvent être apportées à la colporrhaphie: il importe avant tout de supprimer assez de tissu et d'assurer la réunion primitive pour se mettre à l'abri des récidives.

b. COLPORRAPHIE POSTÉRIEURE (fig. 90). — La lésion initiale et principale résidant ordinairement dans le périnée, il est rarement indiqué de recourir à la colporrhaphie pure. L'opération fondamentale et nécessaire est la *colpopérinéorrhaphie* en donnant à l'avivement du périnée et du vagin les dimensions relatives que comporte chaque cas.

Deux méthodes opératoires peuvent être employées: l'*avivement* et le *dédoublement*.

1° PROCÉDÉS D'AVIVEMENT. — Ils sont nombreux et dérivent, pour la plupart, de celui d'Hegar, qui n'est lui-même qu'un perfectionnement de celui de Simon (fig. 91). Ce dernier, se guidant sur les bords d'un spéculum fenêtré, construit dans ce but, traçait un avivement trapézoïdal. La réunion de ses bords formait un coin résistant, mais l'affrontement exact n'était pas toujours facile à obtenir. Hegar a donné à l'avivement une figure triangulaire, plus conforme à la configuration du vagin (fig. 92 et 93). L'opération d'Hegar, plus ou moins modifiée et étendue, reste l'opération de choix.

Fig. 91. — Avivement pour la colporraphie postérieure (Simon).

1° Avivement. — Le jalonnement préalable, au moyen de pinces, est ici encore plus important que pour la colporraphie antérieure. Une première pince est fixée en arrière du col, plus ou moins près

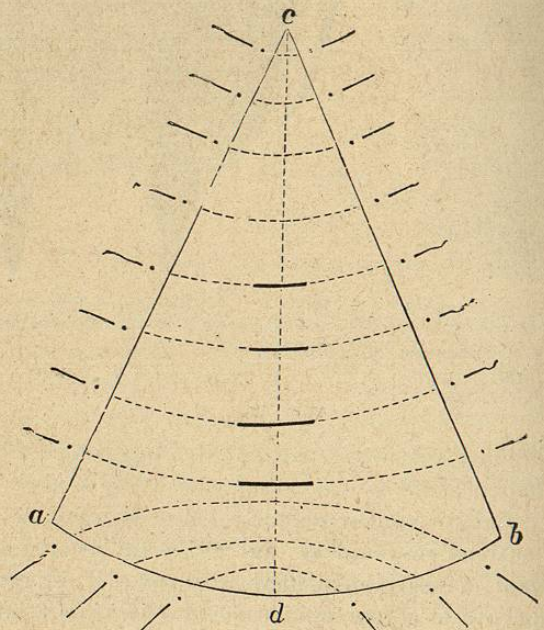


Fig. 92. — Avivement d'Hegar.

de celui-ci, suivant la hauteur de la colpocèle. En soulevant la muqueuse avec cette pince, on dessine deux replis qui indiquent la direction à donner, de chaque côté, aux incisions.

Deux autres pinces sont placées à la partie moyenne, environ, des grandes lèvres. Il suffit de les rapprocher pour se rendre compte de la hauteur que mesurera le nouveau périnée et du degré d'occlusion future de la vulve. En tendant ces trois pinces, on expose le champ

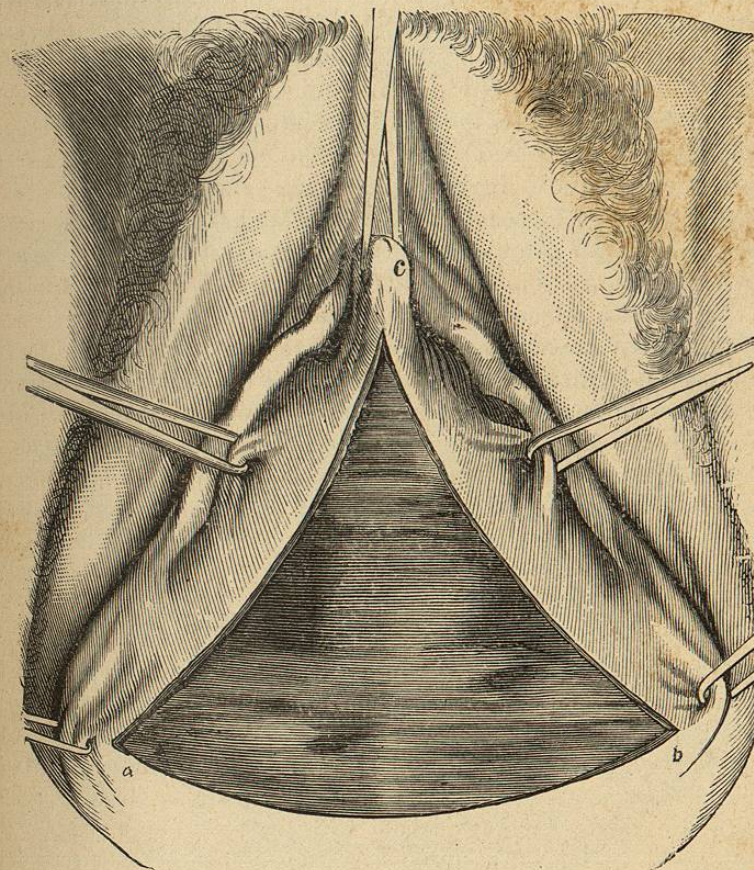


Fig. 93. — Avivement d'Hegar après résection du lambeau ; position des pinces-érignes (Hegar et Kalténbach).

opératoire et, en tâtonnant, on en place deux autres sur les parties latérales, au niveau du point où l'incision devra se relever des parois du vagin sur les côtés de la vulve. Ce jalonnement est indispensable pour tendre la paroi et pour bien exposer le champ opératoire, pour ne pas égarer son incision dans les replis, mouvants et sans résistance, du vagin prolapsé ; on fait alors, au bistouri, l'incision en V de toute l'épaisseur de la muqueuse, en commençant par l'angle supé-

rieur et en se portant d'une pince à l'autre de chaque côté. Une incision transversale, au niveau du périnée, sépare la peau de la muqueuse et complète le tracé. Bouilly décrit ainsi sa manière d'aviver :

« Au lieu d'amener directement en avant et en haut les branches divergentes du V à sommet supérieur, nous traçons d'abord le V dans la portion vaginale proprement dite et relevons ses branches à droite et à gauche, à partir du point qui correspondra à l'union avec le vagin du plan périnéal reconstitué, et nous nous rapprochons beaucoup du tracé d'avivement par le procédé de Fritsch. Si l'on a soin de passer les sutures vaginales de manière qu'au moment de leur constriction elles froncent et tassent les tissus, si l'aiguille destinée à ramener les fils d'argent périnéaux est d'abord enfoncée perpendiculairement et assez loin en dehors de la surface avivée, de manière à charger et à ramasser les tissus écartés à droite et à gauche, les résultats sont excellents. Au fur et à mesure que les fils du vagin sont serrés, la paroi vaginale postérieure se relève et vient se mettre au contact de la paroi antérieure; le corps périnéal se reconstitue et se relève avec la constriction des fils d'argent, le vagin se ferme. L'opération terminée, le doigt peut sentir un périnée haut, épais, résistant, un vagin fermé à parois juxtaposées, avec direction oblique en bas et en avant, inverse de celle qui préexistait à l'opération, et l'utérus remonté, ayant son col à 7, 8, 9 centimètres de la vulve. » (Bouilly.)

2° *Avivement*. — Comme sur la paroi antérieure, on détache le lambeau en le disséquant de haut en bas, au bistouri, ou en avivant aux ciseaux courbes la surface limitée par les incisions. Ce temps opératoire est grandement facilité par l'introduction, dans le rectum, de deux doigts de la main gauche revêtus d'un condom ou d'un doigt de gant en caoutchouc. On peut ainsi tendre et étaler le champ opératoire qui fuit trop facilement sous le bistouri ou les ciseaux et protéger le rectum. En approchant du périnée, l'ouverture des veines hémorroïdales, variqueuses, donne une assez grande quantité de sang : la suture suffit à faire l'hémostase.

La forme de l'avivement varie quelque peu suivant les opérateurs : Hoffmeier, Fritsch donnent à leurs incisions latérales, dès leur point de départ, une direction à concavité externe et antérieure. A. Martin, au lieu de faire l'avivement médian, laisse intacte la colonne postérieure, fait deux colporrphies latérales et la périnéorrhaphie d'Hegar (fig. 94 et 95). Bischoff conserve également la colonne médiane, mais il la libère de ses attaches profondes pour la réunir, par des sutures compliquées, aux incisions périnéales, de telle sorte que la pointe du lambeau vient constituer la fourchette du nouveau périnée (fig. 96 et 97). Winckel détache, en arrière de la vulve, une bandelette transversale de muqueuse, de 2 centimètres de hauteur

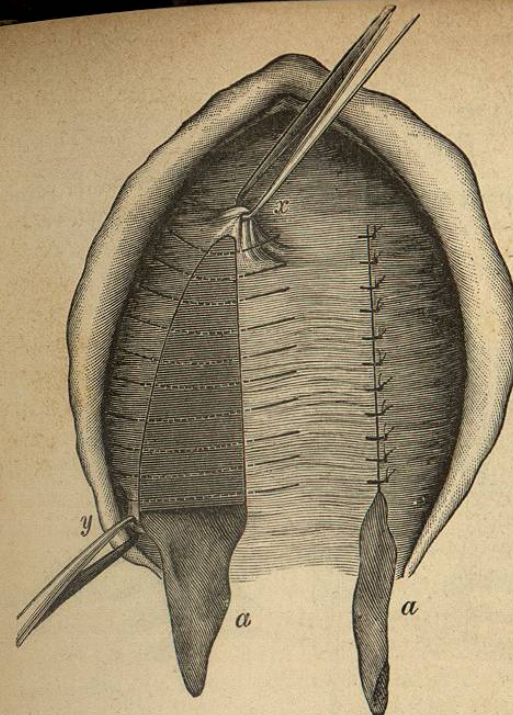


Fig. 94. — Premier temps de la colporrhaphie postérieure d'après le procédé de A. Martin. — Élytrorrhaphie bilatérale. Suture interrompue. — a, lambeaux préparés; x, point d'application de la pince à mors à l'extrémité supérieure de la colonne du vagin; y, point d'application d'une autre pince sur les côtés. Le côté gauche est avivé et suturé; le droit est avivé et la place des points de suture est indiquée.

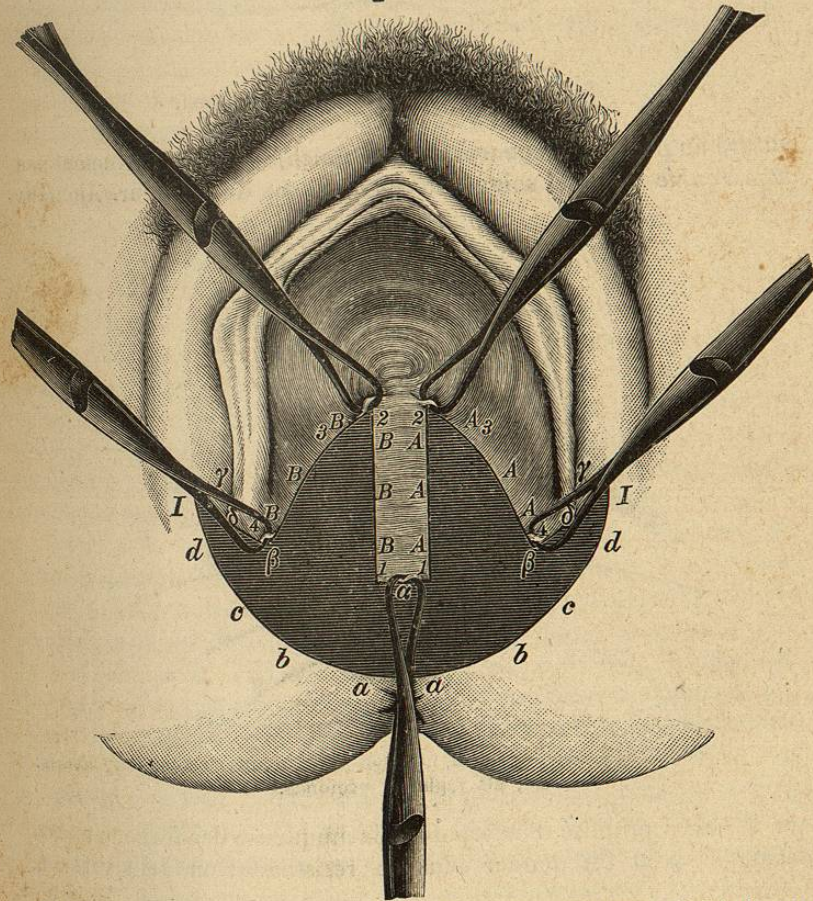


Fig. 95. — Surface d'avivement dans la colporrhaphie postérieure, d'après le procédé de A. Martin. — 1-2, section latérale à la colonne vaginale postérieure; 3-4, sur la paroi latérale du vagin; I, extrémité de l'avivement au niveau de l'introitus; A-A, B-B, a-a, b-b, c-c, d-d, β-α-β, δ-δ, γ-γ, indiquent les points à suturer entre eux.

sur une longueur de 10 à 12 centimètres : il en résèque la partie moyenne, puis réunit bout à bout les deux extrémités restantes et les

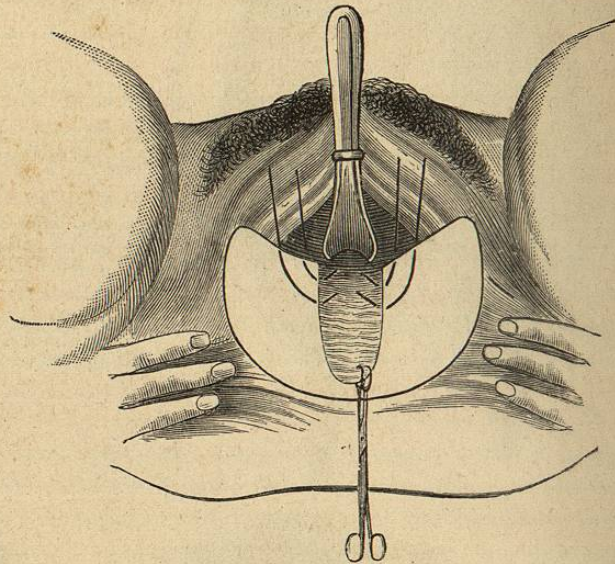


Fig. 96. — Colpopérinéorrhaphie de Bischoff.

suture au périnée. Ziegenspeck (de Munich) fait après avivement une myorrhaphie isolée et soigneuse des faisceaux du releveur. Ajoutons

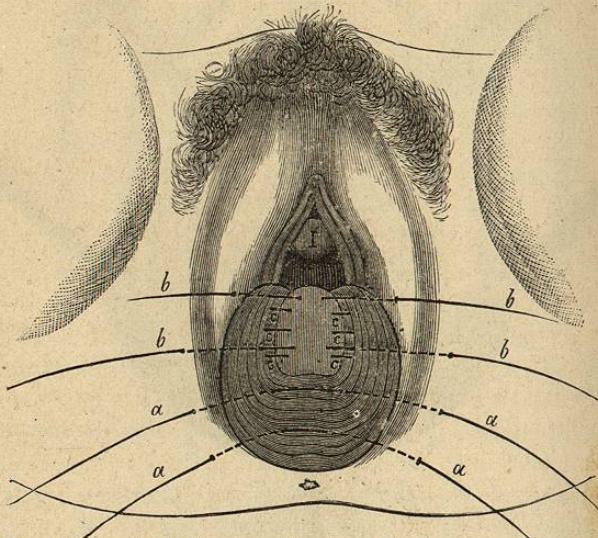


Fig. 97. — Procédé de Bischoff. — aa, fils périnéaux; bb, fils vaginaux superficiels; cc, fils vaginaux profonds.

que Truzzi a proposé d'incorporer à la muqueuse des fragments d'os décalcifié pour lui donner plus de résistance; on peut varier à

l'infini la forme de l'avivement, pourvu qu'il soit assez étendu, mais, comme le dit Bouilly : « La colpopérinéorrhaphie, genre Hegar... reste l'opération fondamentale, l'opération de choix, l'opération répondant à la plus réelle des indications ».

*Suture.* — La suture de la portion vaginale de l'avivement se fait de la même manière que pour la colporrhaphie antérieure, au catgut continu ou aux points séparés de crin de Florence ou d'argent. Elle s'arrête au niveau de l'écartement des branches d'incision, puis on termine par les sutures extérieures du périnée. Celles-ci se font au crin de Florence ou, mieux, aux fils d'argent passés avec l'aiguille courbe d'Emmet. L'aiguille pénètre profondément à gauche, passe sous les tissus et ressort symétriquement à droite. Trois ou quatre fils sont ainsi superposés de l'anus à la future commissure vulvaire et serrés de bas en haut. L'affrontement est parfait au besoin par quelques fils superficiels. « Pour la bonne exécution d'une colpopérinéorrhaphie, le but à atteindre n'est pas seulement le rapprochement des bords de la muqueuse vaginale avivée, c'est le tassement et le froncement des tissus profonds sous-jacents par l'introduction de sutures qui chargent profondément ces tissus d'un côté à l'autre, les rapprochent de la ligne médiane dont ils sont éloignés, fassent, avec les éléments dissociés du releveur de l'anus, du fascia et du tissu cellulaire, un plan résistant et épais et transforment la cloison recto-vaginale, devenue uniquement bi-muqueuse, en une cloison condensée et tonique. Tout est dans la bonne exécution du procédé et dans cette bonne exécution nous plaçons au premier rang : 1° l'étendue antéro-postérieure et transversale de l'avivement; 2° l'application de sutures entrant très près de la ligne d'avivement et ressortant au point opposé symétrique après avoir parcouru et chargé toute l'épaisseur des tissus compris dans l'anse, jusqu'au voisinage de la muqueuse rectale; 3° la soigneuse coaptation des bords avivés par-dessus les tissus déprimés profondément pendant la constriction du fil; 4° la nécessité de la réunion primitive assurée par une bonne antisepsie avant et après l'opération. » (Bouilly.)

2° PROCÉDÉS DE DÉDOUBLEMENT. — Imaginée par Duncan et Simpson pour le traitement des déchirures du périnée, la méthode d'autoplastie par dédoublement a été simplifiée par Lawson Tait et heureusement perfectionnée, quant à la disposition des sutures, par Doléris. Elle consiste à prolonger plus ou moins haut la disjonction des deux muqueuses vaginale et rectale et à employer une partie de la première à la reconstitution du périnée. Doléris l'a appelée *colpopérinéorrhaphie par glissement* (fig. 98, 99, 100, 101 et 102).

Deux pinces sont placées sur les grandes lèvres, plus ou moins haut, suivant la hauteur à donner au nouveau périnée, et tendues. De l'une à l'autre, on trace, à l'union de la muqueuse et de la peau, au bistouri ou aux ciseaux coudés d'Emmet, une incision courbe qui