

nations de *caroncules uréthrales* (Simpson), de *tumeurs douloureuses de l'urèthre* etc. Le terme que j'ai adopté me semble être le meilleur, car les seuls caractères constants de ces tumeurs sont qu'elles siègent toujours sur le méat ou dans son voisinage immédiat et qu'elles sont vasculaires.

En général, elles sont douloureuses, mais j'ai observé certains cas où les malades n'en souffraient aucunement. Elles se rencontrent fréquemment et à tout âge, car j'en ai opéré chez des jeunes femmes de 20 ans, et chez des personnes âgées de 70 à 80 ans. Leur coloration est rouge sombre; elles saignent au moindre attouchement. Elles sont le plus souvent *pédiculées* et leur point d'insertion se trouve dans le méat urinaire ou dans son voisinage immédiat à la distance de quelques millimètres. Leur forme est en général triangulaire, quelques-unes ressemblent à un tricorne fixé par un de ses angles.

Je n'ai rencontré qu'une seule de ces tumeurs ayant atteint le volume d'une fève, tandis que Madame Boivin et d'autres auteurs en décrivent du volume d'une cerise. Leur tissu est très friable et, dès que l'on essaie de les saisir avec une pince, elles se fragmentent. Elles occasionnent une gêne continuelle à la miction, la rendent douloureuse et peuvent même apporter un empêchement sérieux à tout rapprochement sexuel.

Le meilleur *traitement* qui puisse leur être appliqué consiste en leur extirpation au thermocautère de *Paquelin*. Mais il faut toujours prendre soin d'enlever avec la tumeur un fragment de la muqueuse sous-jacente, et malgré cette précaution on sera toujours exposé à une récurrence.

Chez les femmes arrivées à la période moyenne de la vie, ces tumeurs vasculaires sont fréquemment accompagnées de la *dégénérescence atrophique des petites lèvres*, dont nous avons parlé dans le chapitre précédent, et d'après les recherches que j'ai pu faire sur leur structure histologique je suis arrivé à la conclusion, que ces deux affections doivent avoir une origine

commune. Sur les coupes on constate une grande quantité de capillaires, dilatés irrégulièrement, pourvus de parois très minces et l'absence presque complète d'éléments cellulaires et de stroma fibreux. Il existe dans leur intérieur quelques fibrilles nerveuses. Il est en somme fort possible que ces tumeurs vasculaires aient une marche progressive, comme celle de la dégénérescence vasculaire déjà décrite, et que la récurrence, survenant si fréquemment, ne soit pas autre chose que l'invasion de nouveaux points. Néanmoins je n'ai jamais observé que cette tendance à la récurrence vint à disparaître complètement. Dans un des derniers cas que j'ai opérés, le début de l'affection remontait à une quarantaine d'années, et pour l'extirpation des tumeurs on avait été obligé de recourir à de nombreuses opérations, répétées tous les quatre ou cinq ans.

Malformations. — Le méat urinaire peut devenir le siège d'un *rétrécissement* causé par rétraction cicatricielle. Dans un cas que j'ai opéré, je me vis obligé d'inciser l'urèthre sur une longueur de plus d'un centimètre. J'ai encore observé une tumeur encéphaloïde, ayant le méat urinaire comme point de départ, elle fut opérée à différentes reprises, mais une nouvelle récurrence déterminait la mort de la malade.

F. — MALADIES DU PÉRINÉE.

Absès. — Les absès du périnée sont produits par le froid ou par un traumatisme, comme c'est le cas fréquemment pendant l'accouchement. Le diagnostic en est rendu des plus simples par la tuméfaction dure, très douloureuse et par les souffrances au moment de la défécation.

Ils doivent être *incisés largement* et de bonne heure, car ils ont une grande tendance à s'ouvrir dans le rectum et dans ce cas donnent lieu à des fistules anales, qui nécessiteront plus tard une seconde opération. Leur contenu a aussi cette

odeur fétide particulière, dont nous avons déjà parlé à propos des abcès des grandes lèvres.

Ces fistules anales, consécutives aux abcès du périnée, donnent souvent lieu à de grands ennuis ; j'en ai vu qui avaient décollé le rectum du vagin et qui s'ouvraient à plus de trois pouces de distance de l'orifice anal ; dans ces cas le débridement au bistouri est dangereux, car l'hémorrhagie peut devenir très sérieuse en raison du siège des hémorroïdales inférieures.

J'ai adopté pour le traitement de ces fistules la *ligature élastique* de Dittel et je m'en trouve fort bien ; je passe un gros fil de caoutchouc à travers le trajet fistuleux, l'une des extrémités vient ressortir à l'anus et je lie fortement les deux bouts du fil. Je prescris quelques doses de morphine pour calmer la douleur et soixante heures après son application le fil s'est frayé un passage à travers les tissus, le trajet fistuleux est débridé et il se remplira rapidement par granulations.

On peut aussi obtenir le débridement de ces fistules anales au moyen du thermocautère de Paquelin, en se servant d'une sonde cannelée comme conducteur de l'instrument.

Il est assez fréquent de rencontrer plusieurs de ces fistules au lieu d'une seule, dans ces cas le meilleur parti à prendre, c'est de les opérer l'une après l'autre, car la division d'un seul trajet pourra être suivie de la guérison de tous les autres.

Une autre cause assez fréquente de fistules siégeant sur le périnée, sont les *collections purulentes du petit bassin*, qui se fraient une voie entre le vagin et le rectum. C'est d'ailleurs un sujet que je traiterai en détail lorsque j'aurai à parler des abcès pelviens.

Traumatismes. — Des *déchirures périnéales* plus ou moins étendues sont le résultat presque inévitable du premier accouchement. Elles n'exigent aucun traitement particulier, à moins qu'à la suite de leur guérison incomplète, il ne per-

siste une fissure douloureuse ou une cicatrice sensible. Dans ces cas la fissure doit être divisée ou traitée par les caustiques et la cicatrice douloureuse pourra être guérie par l'application d'acide phénique concentré ou par l'usage d'un cérat astringent.

Il existe deux états anormaux du périnée, qui peuvent réclamer une intervention chirurgicale. Le premier se rencontre presque uniquement dans la clientèle hospitalière, il est beaucoup plus rare dans la pratique privée, par le fait que les malades appartenant à cette dernière catégorie se soignent mieux, qu'elles gardent le lit plus longtemps pendant leurs suites de couches et qu'elles sont astreintes à des occupations journalières beaucoup moins pénibles que les pauvres femmes qui viennent à l'hôpital réclamer des soins qu'elles ne peuvent recevoir à domicile. Le périnée est dans ces cas distendu par des accouchements répétés et les ligaments utérins sont devenus impuissants à soutenir l'utérus lourd et augmenté de volume par une involution incomplète. La négligence habituelle de ces malades occasionne une distension exagérée et continuelle du rectum et de la vessie ; le périnée devenu insuffisant permet la descente de ces derniers organes et nous nous trouvons bientôt en présence soit d'un prolapsus utérin ou rectal (rectocèle), soit d'un prolapsus vésical (cystocèle), soit d'une combinaison de tous les deux, c'est à dire d'un *prolapsus complet*.

Pessaires. — Une grande quantité de pessaires ont été recommandés dans le but de remédier à ces déplacements, et l'un des meilleurs est certainement celui de Simpson (Fig. 8). J'ai cependant renoncé à leur emploi, car ces femmes retournent chez elles avec leurs pessaires et elles nous reviennent après des années avec une fistule rectale ou vésicale, qui provient de ce qu'elles ont porté leur anneau pendant tout ce temps sans jamais s'en préoccuper.

Extension du périnée. — Dans tous ces cas de prolapsus

j'ai donc renoncé aux pessaires, je préfère beaucoup pratiquer une opération fort simple, que j'ai appelée *extension du périnée* et au moyen de laquelle je remédie à tous ces prolapsus des viscères pelviens.

Dans les cas de prolapsus utérin, j'opère d'arrière en avant en pratiquant une véritable extension du périnée; dans les cas de cystocèle, j'opère d'avant en arrière, comme si j'avais l'intention de créer un nouveau périnée antérieur et renversé. En pratique, ces deux opérations sont les mêmes. Elles devront constituer un soutien artificiel, sur lequel pourront reposer les organes en prolapsus et par lequel ils seront absolument retenus à leur place. Je puis parler aujourd'hui de l'opération



Fig. 8. — Pessaire de Simpson.

que je pratique contre le prolapsus utérin avec une entière satisfaction, car je possède des observations où les résultats se sont maintenus depuis plus de 10 ans. Je ne puis me prononcer aussi positivement sur l'opération qui s'adresse au prolapsus vésical, car mes efforts dans cette direction sont de date beaucoup plus récente.

Les opérations sont des plus simples.

Pour l'extension du périnée *d'arrière en avant*, je fais, au moyen de ciseaux pointus et coudés, une incision en fer à cheval autour du périnée, incision dont les pointes s'étendent en avant aussi loin que je le juge nécessaire. Elle doit être faite profondément dans les tissus des lèvres, et, lorsque

les lambeaux sont soulevés, il en résulte de chaque côté une entaille, qui a la forme d'un **V**. Au moyen d'une grande aiguille à manche, je place autant de sutures au crin de Florence qu'il est nécessaire — généralement trois ou quatre, de la même manière que l'on procède pour la réunion des fistules vésico-vaginales, c'est-à-dire l'aiguille ne doit pas entrer dans la peau, mais à la limite externe de la surface avivée. Les deux surfaces avivées en forme de **V** arrivent ainsi en contact dès que les sutures sont nouées; en se réunissant elles deviennent une surface à plan antéro-postérieur et forment ainsi un soutien épais et solide, qui cède rarement et sur lequel reposent les organes déplacés. Actuellement je laisse toujours mes sutures en place pendant 3 à 4 semaines.

Dans les cas de cystocèle l'incision est renversée, sa base est tournée en dehors et elle est située un peu au-dessus de l'orifice uréthral, l'épaisseur des tissus à cet endroit est plus que suffisante pour permettre l'incision. Je ne sais pas si cette dernière opération supportera l'épreuve du temps, mais je ne vois pas pourquoi il n'en serait pas ainsi. D'ailleurs toutes les autres opérations que j'ai essayées contre le prolapsus vésical ont toujours échoué.

Déchirures complètes. — Périnéorrhaphie. — Pour les déchirures complètes du périnée l'opération reste la même en principe, quoique certains *détails de technique* soient modifiés. Dans ces cas, lorsqu'on fait écarter fortement les fesses, on aperçoit l'ancienne déchirure sous la forme d'une mince ligne blanchâtre cicatricielle, s'étendant transversalement à l'axe de la rupture, cette dernière étant naturellement dirigée à angle droit sur le plan du périnée.

Il existe, après ces déchirures périnéales, une particularité bien singulière, c'est que la cicatrisation se fait dans la direction opposée à celle de la lésion. Mon intervention repose sur ce dernier fait et je puis dire qu'elle est le contrepied de toutes les autres opérations qui procèdent par avivement,

Mon but est de rétablir l'ancienne déchirure, puis de la réunir de manière à reformer le périnée tel qu'il était avant l'accident. C'est de cette manière et uniquement de cette manière que l'on pourra obtenir une véritable restauration du plancher périnéal, suffisamment solide pour pouvoir résister aux accouchements consécutifs, ainsi qu'il en a fourni la preuve dans un grand nombre de mes cas. Je ne connais en effet pas un seul exemple où il se soit produit une seconde déchirure.

Après avoir fait écarter fortement les fesses de sorte que la ligne cicatricielle soit bien visible sur toute son étendue et qu'elle soit bien tendue, j'introduis la pointe de mes ciseaux à une de ses extrémités et, en me tenant toujours strictement sur cette ligne blanche, je l'incise sur toute son étendue.

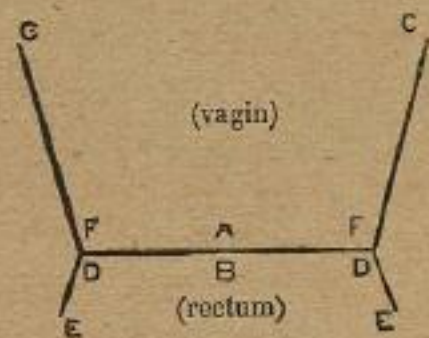


Fig. 9. — Forme de l'incision pour la périéorrhaphie.

L'incision doit avoir environ 12 à 13 millimètres de profondeur et elle donne lieu à deux lambeaux, l'un rectal, l'autre vaginal (voy. fig. 9). De ces deux extrémités on fera partir deux incisions perpendiculaires, en avant dans les tissus de chaque lèvre, incisions longues d'environ 30 millimètres, et deux autres incisions en arrière du côté du rectum, longues d'environ 10 millimètres, de sorte que nous obtiendrons une plaie, qui aura à peu près la forme représentée par le schéma suivant:

Le lambeau vaginal A est relevé en avant, tandis que le lambeau rectal B est repoussé en arrière, les angles A B C sont attirés au moyen d'une pince en haut et en dedans vers la ligne médiane, les deux angles B D E sont par contre re-

jetés en bas et en dedans. Les deux lignes C E s'incurvent alors en dehors et toute la surface prendra la forme représentée par la figure suivante (10) :

Les sutures, que je fais au crin de Florence, sont alors placées au moyen d'une longue aiguille montée sur un fort manche et ayant la courbure désirable. Comme des sutures ne doivent pas comprendre la peau, on devra introduire l'aiguille à environ 3 à 4 millimètres de distance du bord de la plaie, en dedans de celui-ci, aux points A de la figure 10. Elles doivent traverser profondément les tissus jusqu'aux points B; l'aiguille doit sortir en cet endroit, car les sutures ne doivent pas intéresser l'angle supérieur de la plaie.

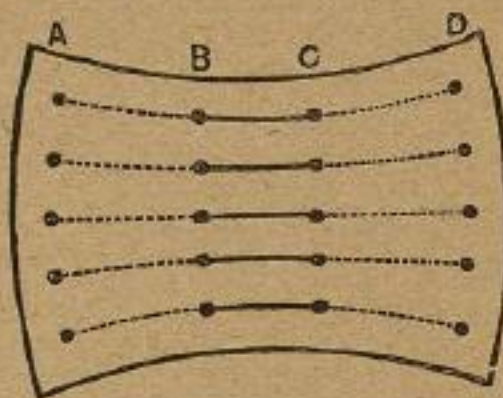


Fig. 10. — Placement des fils.

L'aiguille pénètre de nouveau dans les tissus en C pour venir ressortir en dedans du bord de la plaie, à égale distance c'est-à-dire aux points D. En ne comprenant pas dans les sutures l'angle le plus profond de la plaie, les deux grandes surfaces, comprises dans les parallélogrammes limités en haut par les lignes A B et C D, seront affrontées plus exactement et se réuniront presque certainement. Les deux lambeaux rectal et vaginal sont repoussés dans le rectum et dans le vagin, et ils y formeront deux espèces de valves qui empêcheront la souillure de la plaie périnéale par les écoulements de ces conduits.

Le périnée ainsi reconstitué devient suffisamment solide et

la réunion est presque inévitable, car dans plusieurs *centaines de cas* je n'ai eu que deux échecs, dus uniquement au fait, que dans ces deux cas, on avait déjà tenté plusieurs fois la restauration à l'aide d'*opérations par avivements*.

La cicatrice résultant de mon opération est *absolument linéaire*; elle ressemble tellement au raphé naturel, que trois ou quatre mois après l'intervention il est impossible de reconnaître que le périnée a été lésé, d'autant plus qu'il n'existe aucune trace des points de suture pour raconter l'histoire de la restauration opératoire.

La *douleur* après mon opération est insignifiante en comparaison de celle qui survient après l'ancienne méthode d'application des sutures. Je laisse les fils en place pendant trois à quatre semaines et j'attache beaucoup d'importance à ce que le vagin et le rectum soient irrigués chaque jour. Lorsque des opérations précédentes, faites par avivement, ont rendu les tissus très exigus, on sera souvent obligé de faire des incisions libératrices de chaque côté du périnée dans l'axe de la tubérosité de l'ischion.

Cette opération diffère considérablement de toutes celles qui ont été proposées par les différents auteurs, soit par le *principe* sur lequel elle repose, soit par les *détails techniques*. En effet toutes les autres méthodes procèdent par *avivement* — c'est-à-dire qu'elles consistent à enlever des tissus qui peuvent être d'une grande utilité — de sorte que si l'opération ne réussit pas, la malade se trouve dans de beaucoup plus mauvaises conditions qu'avant l'intervention.

Par contre, lorsque l'on opère d'après mon procédé, on n'enlève aucun tissu, par conséquent si l'on a un échec les parties reviendront simplement à leur état anormal et non pas à une situation pire. Les opérations par avivement sont basées sur un principe faux, car elles tendent plutôt à rendre au vagin et au rectum leurs formes tubulaires, qu'à former un bon périnée de soutien.

Mon opération au contraire reconstitue réellement la forme et les dimensions du périnée, et la malade, opérée d'après cette méthode, se trouvera « dans d'aussi bonnes conditions qu'avant son accident ». On pourra de suite se rendre compte que les choses se passent ainsi, si l'on considère que l'incision transversale reproduit exactement *l'ancienne déchirure*

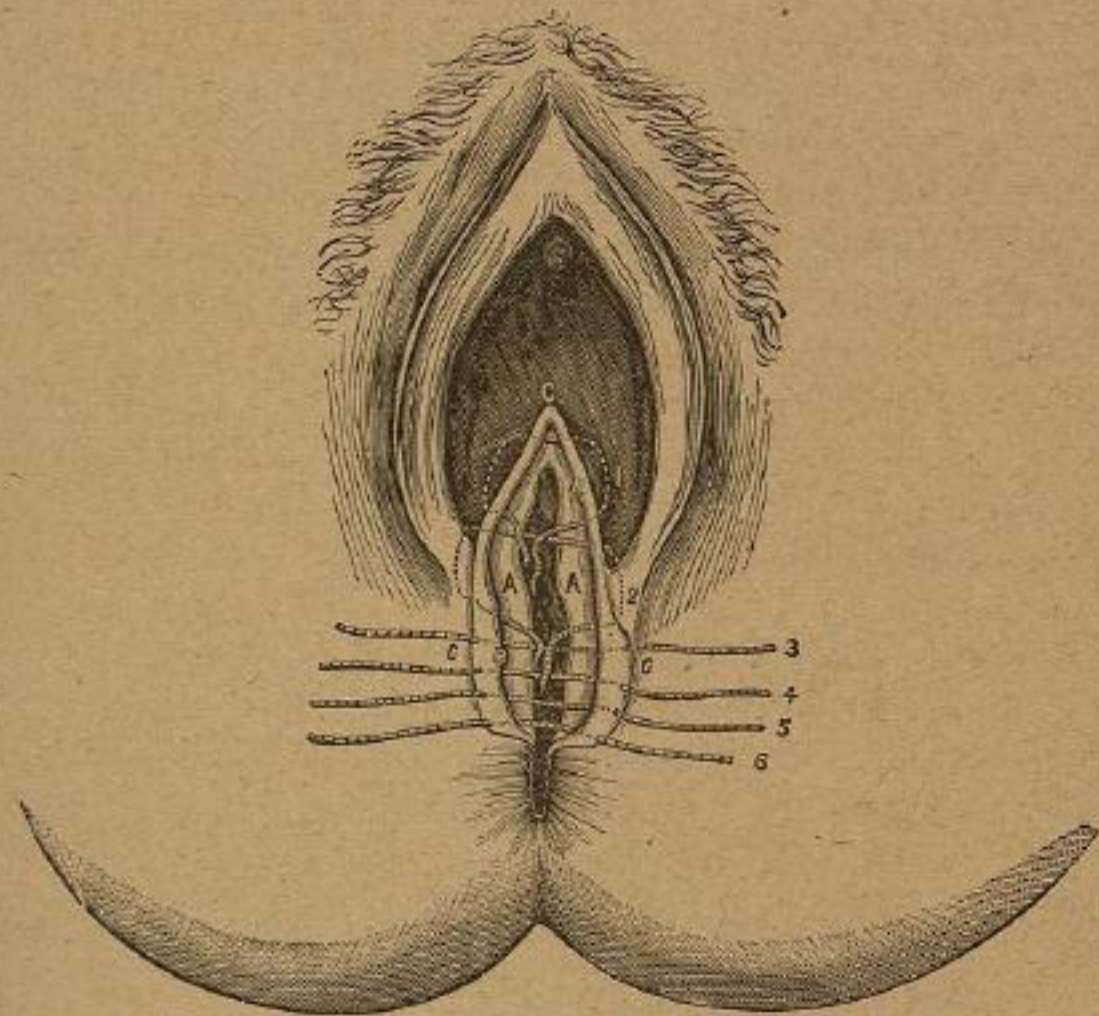


Fig. 41. — Périnéorrhaphie dans le cas de rupture très étendue du rectum.

périnéale, toujours dirigée selon le plan antéro-postérieur du corps. Mais ainsi que nous l'avons déjà dit la cicatrisation s'est faite en sens inverse, c'est-à-dire dans le plan latéral: donc, pour reconstituer les parties dans leur situation primitive, nous devons réunir les surfaces suivant la position occupée par l'ancien raphé génital. Les extrémités du sphinc-

ter déchiré se rapprocheront et l'activité fonctionnelle sera parfaitement rétablie.

L'exactitude de ces assertions est suffisamment démontrée par les résultats que j'ai obtenus chez toutes mes malades. Ma méthode de placement des sutures est très importante pour atteindre le but, car c'est d'après ce procédé seul que



Fig. 12. — Résultat de l'opération.

les anciens rapports des parties pourront être exactement reconstitués.

De plus les autres opérations ne forment pas un périnée qui soit capable de résister aussi bien aux efforts d'un nouvel accouchement, tandis que les résultats obtenus par ma méthode ont pu fournir cette preuve de solidité dans vingt-six

cas, où je n'ai pas eu une seule fois à constater une nouvelle rupture.

Les deux figures 11 et 12 ont pour but de montrer une méthode supplémentaire de restauration, que j'ai adoptée dans un cas où la déchirure s'étendait très haut dans le rectum, et où par conséquent elle était trop large pour être comprise dans un seul étage de sutures. Je fus obligé d'employer trois étages de sutures. Cette première figure montre encore comment, dans un cas pareil, l'angle supérieur de la plaie (C) ne doit pas être intéressé dans les sutures, afin de pouvoir mieux affronter les surfaces A A. ; comment les sutures inférieures 3, 4, 5, 6, entrent en C dans les tissus au bord interne de la plaie, sans intéresser la peau, et enfin comment le lambeau marginal A doit être rejeté du côté du rectum, en même temps que le lambeau B est retourné du côté du vagin.

La figure 12 nous montre le périnée restauré, les nœuds des sutures au crin de Florence se trouvent en dehors de la plaie.