

Pour abaisser la vésicule, on accroche avec le doigt l'anse que forme le canal déférent, autour de la vésicule, et après l'avoir décollé aussi haut que possible et sectionné, on tire sur lui pour abaisser l'aponévrose prostatopéritonéale, et la fixer.

On déchire avec la sonde cannelée ou les ciseaux cette aponévrose sur la face postérieure de la prostate et, avec le doigt, on décolle la prostate et la vésicule de l'aponévrose.

La vésicule isolée, on coupe l'aponévrose de DENONVILLIERS, le long du canal déférent, dans le triangle inter-déférentiel. Prenant ensemble le canal déférent et la vésicule, on les coupe en pénétrant dans le tissu prostatique. Un catgut ferme la brèche prostatique.

L'opération est terminée comme après une prostatectomie<sup>1</sup>.

#### V. — APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

##### VULVE ET PÉRINÉE

##### Débridement vulvaire (Vaginisme). — *Procédé de Pozzi.*

— Exciser l'hymen avec des ciseaux, puis faire la dilatation forcée de la vulve avec les doigts.

Pratiquer à droite et à gauche une incision latérale à l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs de l'orifice vulvaire (fig. 864). L'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 une croix avec elle. On divise la couche la plus superficielle des fibres du muscle constricteur, sur 2 à 3 millimètres d'épaisseur (fig. 864). On libère les lèvres de l'incision de façon à rendre son plus grand axe parallèle à l'orifice vulvaire, et on réunit la plaie dans ce sens (fig. 864).

La cicatrice est ainsi en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen, et la muqueuse vaginale est attirée au dehors.

**Réséction du nerf honteux interne (Vaginisme). — *Procédé de Tavel*** (de Berne). — On incise la peau suivant une

<sup>1</sup> Voy. p. 385, t. II.

ligne antéro-postérieure, longue de 8 à 10 centimètres, située à égale distance de l'ischion et de l'anus, et dont le milieu correspond à la ligne bi-ischiatique (fig. 865).

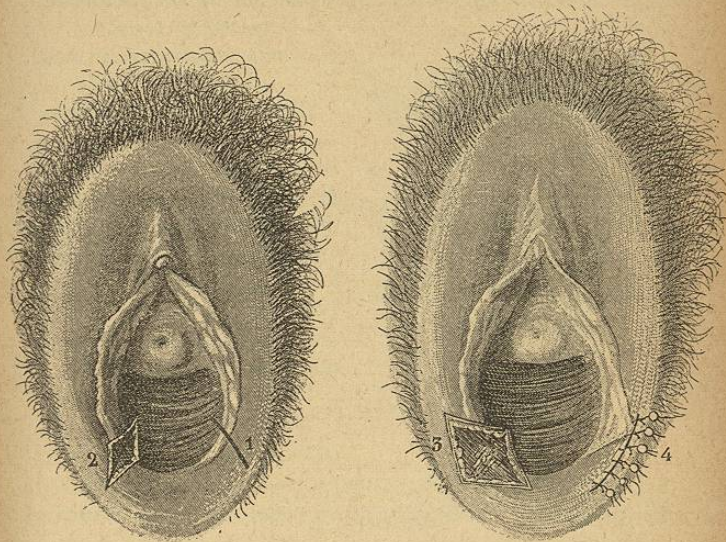


Fig. 864.

Débridement vulvaire. Procédé de Pozzi.

La peau et la graisse coupées, on se porte contre la paroi externe de la fosse ischio-anale, contre la face interne de l'ischion. Sous l'aponévrose de l'obturateur interne, on cherche les battements de l'artère honteuse interne, et on voit près d'elle le nerf à découvert. A ce niveau le tronc est divisé en ses branches principales.

On laisse intact en arrière le nerf hémorrhoidal inférieur qui va au sphincter anal (*d*, fig. 865). On doit réséquer là les rameaux cutanés et musculaires qui se portent à la vulve, au périnée antérieur et au clitoris (*f*, *g*, *g'*, fig. 865), en respectant les rameaux anaux antérieurs.

La section nerveuse doit porter aussi loin que possible en arrière, et doit être suivie de l'arrachement du bout périphérique (procédé de THIERSCH<sup>1</sup>).

La résection terminée, on suture la plaie sans drainage.

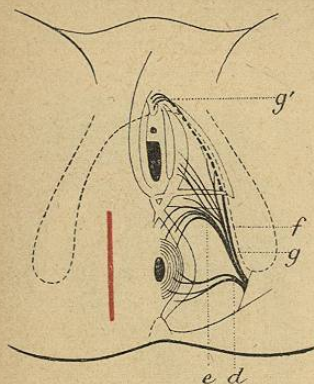


Fig. 865.

Résection du nerf honteux interne (TAVEL). A gauche, incision.

Les procédés différents, pour les incisions, selon qu'il s'agit de restaurer une déchirure incomplète, un prolapsus ou une déchirure complète, intéressant l'anus et le rectum.

**Pour prolapsus ou déchirure incomplète. — Procédé de Simon-Hégar.** — La malade est préparée comme pour toute opération, le vagin ayant été nettoyé par des lavages répétés au sublimé et à l'eau oxygénée pendant plusieurs jours et largement savonné avant l'opération. On la place le siège dans la position de la taille.

L'avivement comprend un triangle de la paroi vaginale postérieure et une zone périnéale. Les dimensions de la portion vaginale et de la portion périnéale varient selon qu'il s'agit d'une déchirure incomplète ou d'un prolapsus.

Dans la *déchirure sans procidence*, il suffit d'un très léger

<sup>1</sup> Voy. p. 214, t. II.

avivement vaginal, il faut un large avivement périnéal qui comprend toute la cicatrice au moins (fig. 866).

Pour lutter contre un *prolapsus*, il faut réséquer beaucoup plus haut et beaucoup plus large de la paroi vaginale (fig. 867). La surface à aviver est calculée sur le degré de procidence et sur la largeur de la vulve.

Le lambeau vaginal et cutané est répéré par de longues pinces à griffes (fig. 868) disposées en triangle, l'une au sommet du lambeau vaginal plus ou moins profondément placé, deux autres aux extrémités latérales de l'incision transversale cutanée. On limite au bistouri les côtés du triangle, faisant légèrement convexes en dedans les incisions des côtés, et concave en avant l'incision de la base (fig. 867).

Le lambeau peut être *avivé* de différentes façons. Le mode habituel consiste à disséquer au bistouri la muqueuse, en commençant par la pointe, dès que la dissection en est assez avancée, on prend le lambeau avec les doigts en le renversant sur l'index. Le bistouri coupe au ras de la face profonde de la muqueuse sans laisser aucun îlot de cette muqueuse. Le lambeau est ainsi disséqué jusqu'à sa base et enlevé.

BOUILLY avivait en ébarbant la muqueuse avec des ciseaux courbes (fig. 869), enlevant l'épithélium d'une façon absolument complète.

RICHELOT incisant la ligne courbe de la base du triangle, dis-

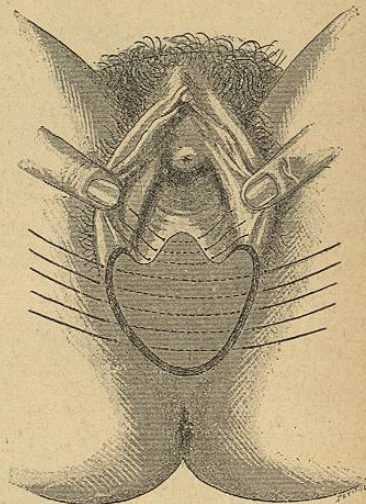


Fig. 866.

Colpo-périnéorrhaphie. Procédé de Simon-Hégar. Petit avivement vaginal.

sèque sur 1 ou 2 centimètres la base du lambeau; puis, avec l'index, dédouble la cloison recto-vaginale jusqu'au sommet du

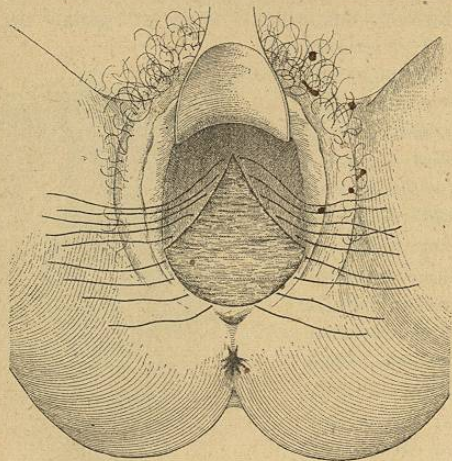


Fig. 867.

Colpo-périnéorrhaphie. Procédé de Simon-Hégar. Large avivement vaginal.

lambeau (fig. 870). Avec des ciseaux, on excise ce lambeau vaginal soulevé (fig. 871).



Fig. 868.

Pince à deux griffes.

L'avivement terminé, on peut suturer les surfaces cruentées en un seul plan ou par étages.

La suture en masse est faite au catgut, points séparés ou

surjet, sur la portion vaginale; au fil d'argent ou au crin de Florence pour la portion périnéale.

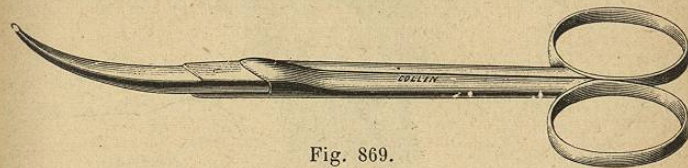


Fig. 869.

Ciseaux de Bouilly.

L'important est de ramasser, sur la portion vaginale, tous les tissus découverts, de façon à cacher complètement le fil d'une lèvre à l'autre de la plaie. Il faut cependant glisser avec

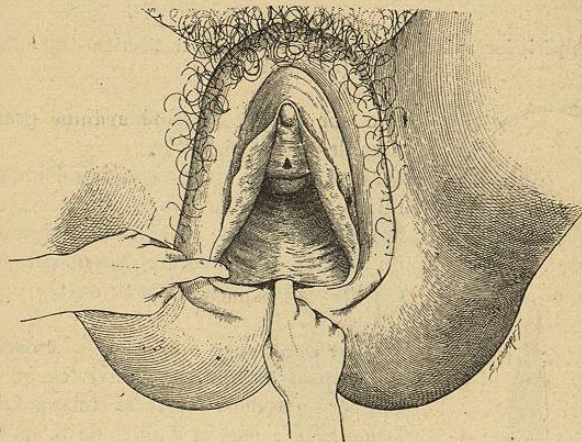


Fig. 870.

Colpo-périnéorrhaphie. Procédé de Simon-Hégar. Dissection du lambeau vaginal par dédoublement (RICHELOT).

l'aiguille (aiguille courbe ordinaire) dans l'épaisseur des tissus sans pénétrer dans le rectum. Sur la portion périnéale, on ramasse de même tous les tissus du périnée en les prenant au

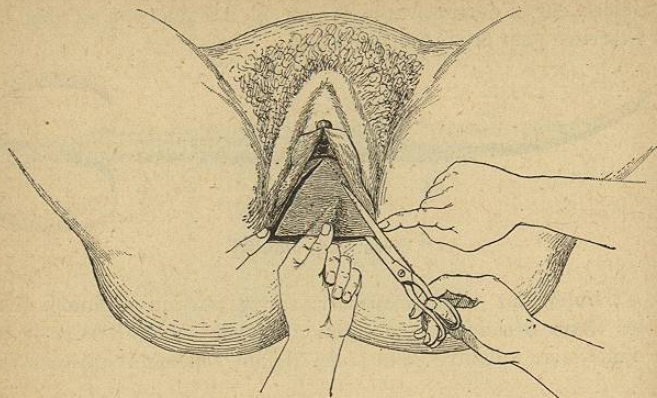


Fig. 871.

Colpo-périnéorrhaphie. Procédé de Simon-Hégar. Section du lambeau (RICHELOT).



Fig. 872.  
Aiguille d'Emmet.

loin sur les côtés, à l'aide d'une grande aiguille courbe (fig. 872).

La suture à étages comprend un premier surjet profond au catgut, ramassant tous les tissus de la cloison vaginale et du périnée, et une suture superficielle unie à la profonde, évitant tout espace mort.

**Pour déchirure complète. — Procédé de Simon-Hégar.** — L'avivement est composé de deux surfaces triangulaires latérales, de part et d'autre de la cloison déchirée, la base du triangle est à la peau, le sommet à ce qui reste de cloison (fig. 873). Les deux triangles latéraux sont réunis par une portion intermédiaire formée par l'avivement du bord inférieur de la cloison, avivement prolongé un peu sur la paroi vaginale (fig. 873). Les avivements latéraux se portent beaucoup

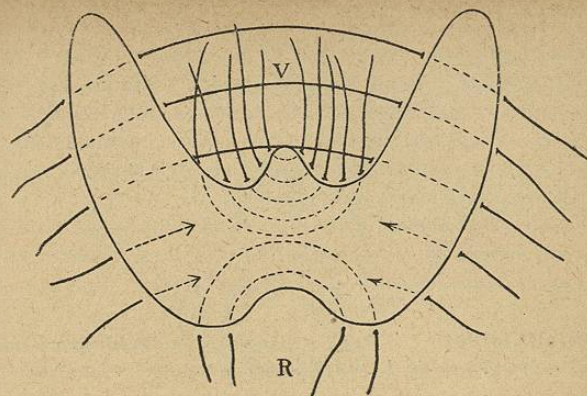


Fig. 873.

Périnéorrhaphie pour déchirure complète. Procédé de Simon-Hégar. Forme de l'avivement et place des sutures.

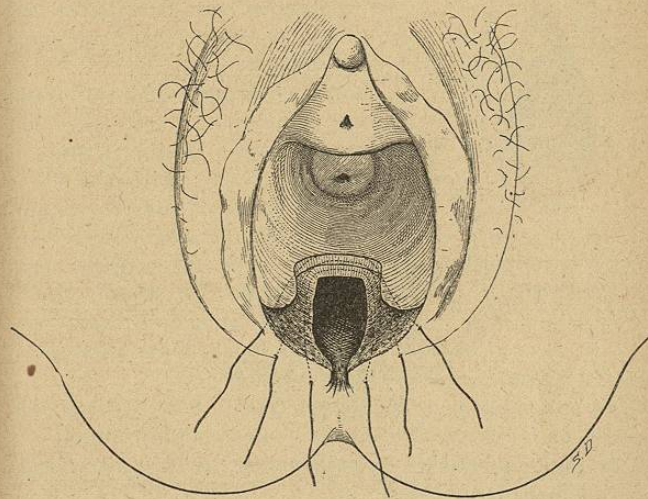


Fig. 874.

Périnéorrhaphie pour déchirure complète. Procédé d'Emmet

plus en avant sur les grandes lèvres, qu'en arrière vers l'anus.

Les sutures peuvent être faites en un plan ou à étages. Elles peuvent en outre, comme dans le procédé d'Emmet (fig. 874), être constituées seulement par des fils périnéaux prenant la cloison et les avivements latéraux, sans suturer spécialement les parois rectale et vaginale. Le fil postérieur est chargé de rapprocher les bouts sectionnés du sphincter anal.

On peut aussi fermer d'abord par des sutures particulières les parois rectale et vaginale (fig. 873), puis ramasser tous les tissus avivés dans les sutures périnéales.

**Dédoublement.** — Pour prolapsus ou déchirure incomplète. — **Procédé de Lawson-Tait-Doléris.** — Une incision



Fig. 875.

Colpo-périnéorrhaphie.  
Dédoublement. Procédé de Lawson-Tait-Doléris.

courbe à la limite de la peau et de la muqueuse (fig. 875) sépare la cloison en deux lames. Elle remonte plus ou moins haut vers le méat urinaire.

La séparation des deux lames est commencée au bistouri, puis continuée au doigt (fig. 876).

Comme l'a indiqué récemment PIERRE DELBET<sup>1</sup>, l'incision cutanée faite, on traverse un noyau cicatriciel plus ou moins épais, et on arrive aux fibres musculaires longitudinales du rectum. Il faut avec soin détacher là le rectum du vagin pour ne pas pénétrer dans l'ampoule rectale. On arrive ensuite dans un espace lamelleux, d'apparence séreuse, où le doigt sépare aisément le

vagin du rectum, jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Il est préférable de ne pas ouvrir ce cul-de-sac, mais si cela arrivait, on le refermerait immédiatement par des sutures.

A la limite supérieure du décollement, on sent, à travers la paroi vaginale, le col utérin.

<sup>1</sup> Pierre DELBET. *Bull. de la Société de chirurgie*, Paris, 1902, p. 1093

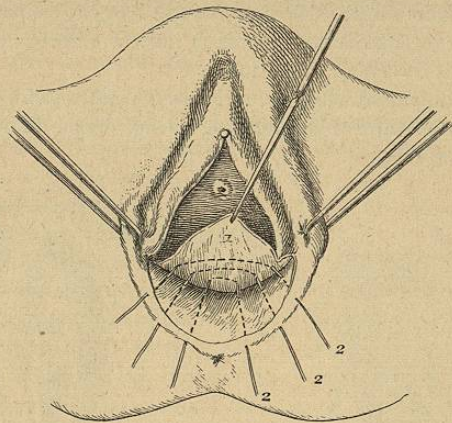


Fig. 876.

Colpo-périnéorrhaphie par dédoublement. Procédé de Lawson-Tait-Doléris. Dédoublement de la cloison.

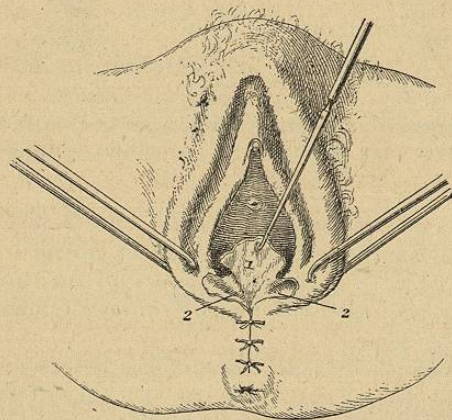


Fig. 877.

Procédé de Lawson-Tait-Doléris. Sutures périnéales et plissement du vagin.

On continue alors le décollement très loin sur les parties latérales, pour découvrir les fibres du muscle releveur de l'anus, reconnaissables à leur direction.

Le dédoublement effectué, on place les sutures. Là encore on peut placer les sutures en masse, à un seul étage, ou des sutures en étages superposés.

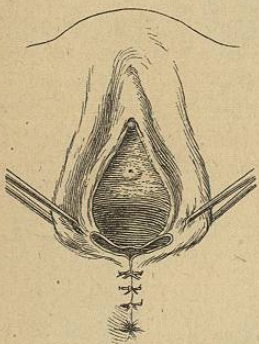


Fig. 878.

Procédé de Lawson-Tait-Doléris.  
Régularisation de la paroi vaginale.

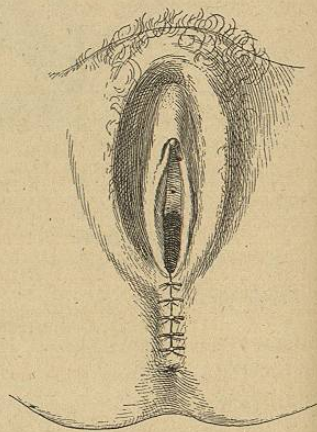


Fig. 879.

Procédé de Lawson-Tait-Doléris.  
Sutures complètes.

Ces sutures doivent prendre largement tous les tissus disséqués, transformant la plaie transversale en une plaie antéro-postérieure (fig. 877). P. DELBET place des fils spéciaux sur les releveurs. On peut aussi bien prendre ces muscles dans les fils d'une suture en masse.

La paroi vaginale se fronce à mesure que la suture périnéale avance, et elle devient trop longue (fig. 877). On en résèque une bande transversale (fig. 878), ce qui permet d'achever l'affrontement régulier (fig. 879).

**Pour déchirure complète. — Procédé de Lawson-Tait-**

**Pozzi.** — Une incision en H dont les deux branches latérales sont légèrement brisées (fig. 880), suit le bord inférieur de la cloison et la peau voisine de la déchirure. Les branches antérieures, vers la vulve, sont plus longues que les branches postérieures, vers l'anus.

Le dédoublement de la cloison recto-vaginale est conduit comme dans le procédé précédent. on va de même au loin, sur les côtés, à la recherche des releveurs de l'anus.

Là encore, on peut ne faire qu'un plan de sutures périnéales, ramassant tous les tissus, unissant les releveurs et reconstituant le sphincter externe de l'anus. Il est cependant préférable de placer quelques sutures perdues non perforantes sur la paroi rectale pour la fermer, sutures réunissant spécialement aussi le sphincter. Puis on fait les sutures périnéales.

Pozzi (fig. 881 et 882) combine une suture en masse qu'il fait au fil d'argent, avec un surjet profond de catgut ramassant les tissus du fond de la plaie.

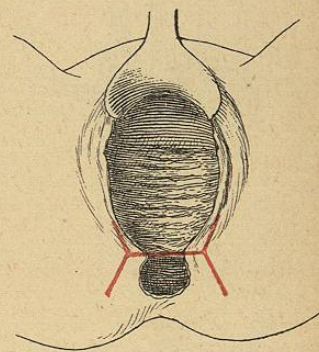


Fig. 880.

Périnéorrhaphie pour déchirure complète. Procédé de Lawson-Tait. Tracé des incisions.

**Pansement.** — Après ces opérations périnéales, on tamponne le vagin à la gaze, on place dans la vessie une sonde à demeure, on applique un pansement ordinaire sur le périnée; et on constipe la malade à l'aide de l'opium (6 à 10 pilules de 0<sup>gr</sup>,01 par jour).

Le tamponnement vaginal est enlevé après quarante-huit heures. La sonde vésicale est supprimée au bout de deux ou trois jours.

La constipation est prolongée une huitaine de jours, puis on provoque une selle que l'on facilite par un lavement huileux ou glycérolé.

Les fils du périnée (les autres sont en catgut) sont laissés une dizaine de jours en place.

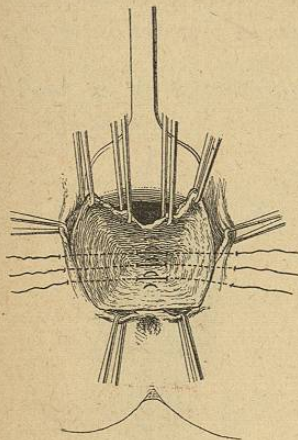


Fig. 881.

Procédé de Lawson-Tait-Pozzi.  
Dédoublément. Sutures.

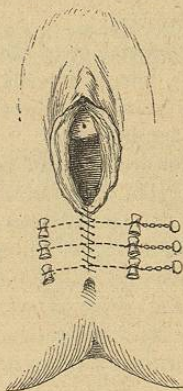


Fig. 882.

Procédé de Lawson-Tait-Pozzi.  
Sutures profondes et superficielles.

La malade ne doit commencer à se lever qu'au bout de trois semaines.

## VAGIN

**Colporrphies.** — La colporraphie postérieure est toujours combinée à une périnéorrhaphie, et nous l'avons déjà étudiée<sup>1</sup>.

**Colporraphie antérieure.** — La colporraphie sur la paroi antérieure, vésico-urétrale, du vagin se fait par les procédés d'avivement que nous avons décrits pour le prolapsus de la paroi vaginale postérieure<sup>2</sup>. La forme de l'avivement représente

<sup>1</sup> Voy. p. 408.

<sup>2</sup> Voy. p. 409.

un ovale plus ou moins allongé suivant l'étendue de la procidence (fig. 883).

La suture à un seul plan est largement suffisante.

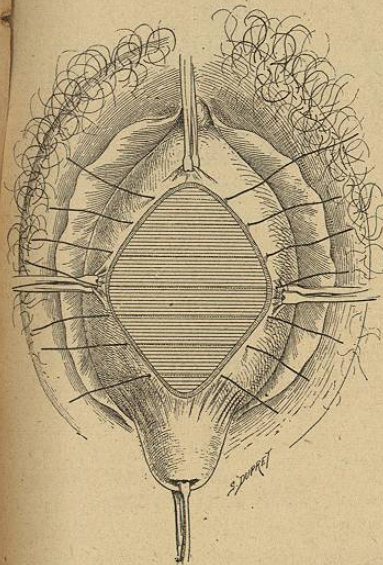


Fig. 883.

Colporraphie antérieure.  
Procédé de Hégar.

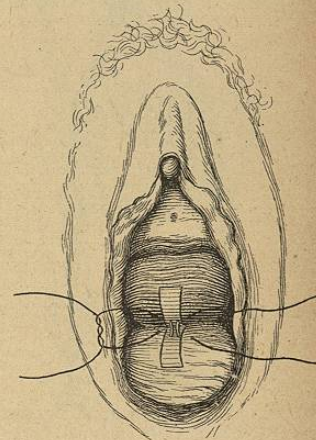


Fig. 884.

Cloisonnement du vagin  
(L. LE FORT).

**Cloisonnement du vagin (LE FORT).** — L'utérus prolabé étant réduit, on marque par deux petites incisions le point où les parois vaginales se mettent en contact à l'entrée du vagin.

L'utérus sorti, on dispose deux surfaces d'avivement sur les parois antérieure et postérieure du vagin (fig. 884). Chaque bande a 1 centimètre et demi de largeur. L'avivement est fait au bistouri ou aux ciseaux.

On place ensuite les sutures. Des fils sont disposés en U