

G. MARCHANT¹ propose pour les fistules recto-vaginales un procédé analogue qu'il a appliqué à un cas de large *fistule recto-périnéale*. L'anus dilaté, on incise circulairement la muqueuse anale à cinq millimètres environ au-dessus de la peau. On dissèque le manchon muqueux et on l'abaisse en libérant la muqueuse autour de la fistule (fig. 906). On attire au dehors l'orifice

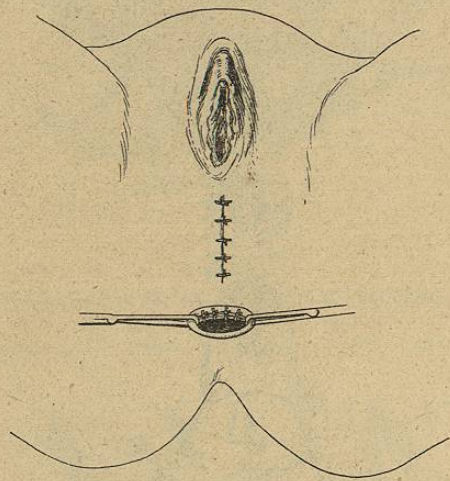


Fig. 907.
Fistule recto-périnéale. Procédé de G. Marchant.

rectal de la muqueuse, et on sectionne celle-ci au-dessus pour suturer le bout supérieur de la muqueuse à la bande conservée au niveau de l'anus (fig. 907).

On achève en suturant par le vagin l'orifice vaginal, ou en plaçant des sutures sur le périnée.

Les soins pré et post-opératoires sont les mêmes que pour les opérations sur le rectum².

¹ G. MARCHANT. *Bull. de la Société de Chirurgie*, 1902, p. 321.

² Voy. p. 261, t. II.

Fistules entéro-vaginales. — Les procédés sont les mêmes que ceux de la cure de l'anus artificiel et des fistules cutanées stercorales¹.

UTÉRUS ET ANNEXES

Nous grouperons les opérations qui s'adressent à l'utérus ou à ses annexes en deux groupes principaux, selon qu'elles sont pratiquées par *voie vaginale* ou par *voie abdominale*.

A) VOIE VAGINALE

Curettage de l'utérus. — L'anesthésie générale n'est pas absolument indispensable, mais elle est très utile pour faire un curettage sérieux.

La *dilatation du col*, nécessaire pour le passage de la curette et pour le pansement, peut être obtenue par méthode lente ou rapide.

La dilatation *lente* est toujours préférable à la dilatation rapide. Elle est faite à l'aide de lamineaires (fig. 908) stérilisées. On intro-



Fig. 908.
Laminaire.

duit, après lavage du vagin, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération, une laminaire que l'on laisse vingt-quatre heures, pour la remplacer par un numéro plus élevé. Un tamponnement vaginal maintient le tige en place; la malade doit garder le lit.

La dilatation *rapide* que l'on peut toujours éviter car les opérations d'urgence se font sur les utérus dilatés puerpéraux, ne sera jamais obtenue avec les dilateurs à branches, dangereux pour

¹ Voy. *Thérapeutique chirurgicale*, RICARD et LAUNAY, 1903, page 725.

l'utérus, mais avec la série des bougies d'Hégar (fig. 909) que l'on introduit successivement.



Fig. 909.
Mandrin d'Hégar.

La malade est purgée et préparée comme pour toute opération, la vulve est rasée, le vagin est savonné et nettoyé comme d'habitude; l'opérée est placée en position gynécologique.

Une valve postérieure large et courte placée sur la fourchette

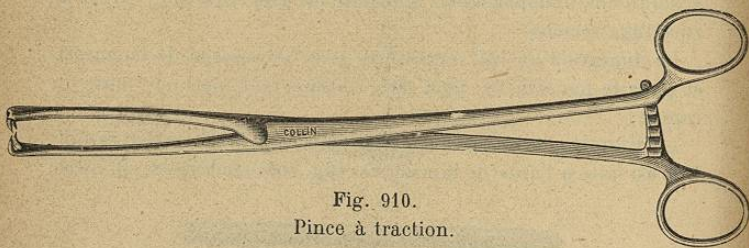


Fig. 910.
Pince à traction.

permet de saisir une lèvre du col avec une pince à traction (fig. 910), une seconde pince est placée sur l'autre lèvre, et l'aide maintient l'utérus immobile, sans l'attirer à la vulve.

Avant d'enfoncer la curette, on s'assure que la dilatation est



Fig. 911.
Hystéromètre.

suffisante, et on la complète à l'aide des bougies d'HÉGAR. On reconnaît enfin, en enfonçant doucement un hystéromètre (fig. 911), quelles sont la direction et la profondeur de la cavité utérine.

On fait alors pénétrer une curette dont le modèle importe peu (fig. 912), mais qui sera tranchante s'il s'agit d'un utérus métritique à parenchyme résistant, et émoussée s'il s'agit d'un utérus puerpéral, après avortement ou accouchement.

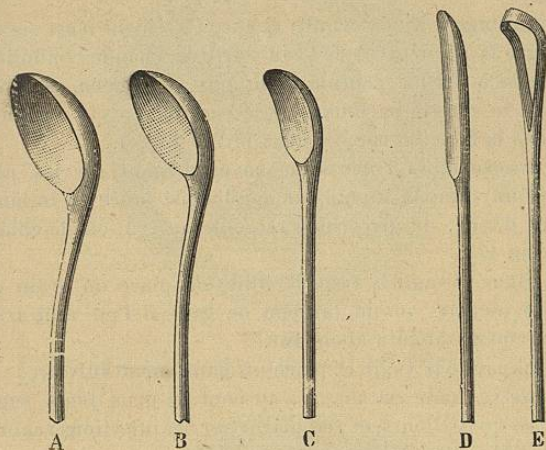


Fig. 912.

Divers modèles de curettes utérines.

A, B, C (SIMON). — D (RÉCAMIER). — E (SIMS).

La curette est poussée doucement jusqu'au fond de l'utérus, et le grattage est fait par mouvements successifs et réguliers, du fond vers le col. Le curettage devra être méthodiquement conduit afin de ne laisser inexploré aucun recoin. On grattera successivement : la face antérieure, dans toute sa largeur puis la face postérieure, puis les deux bords latéraux, enfin le fond et les cornes utérines dont le curettage doit être prudent par crainte de la perforation.

Sur les utérus métritiques, le grattage doit être appuyé et poussé jusqu'à ce qu'on ait aux doigts la sensation d'un raclement particulier indiquant qu'on arrive sur le tissu musculaire. Cette sensation s'accompagne généralement d'un bruit perceptible nommé « cri utérin. »

Sur un utérus puerpéral, dont les parois sont molles et friables, on ne recherchera pas cette sensation spéciale. Le grattage doit être ici doux et prudent par crainte de la perforation. Cependant il faut débarrasser l'utérus de tout les débris qu'il contient.

Le curettage achevé partout, si aucun accident n'est survenu, on irrigue la cavité avec de l'eau stérilisée chaude conduite par une sonde à double courant. Puis on s'assure, en passant de nouveau la curette partout, que le curettage a été complet, et on gratte la face interne des deux lèvres du col.

On achève alors l'opération en promenant sur les parois utérines un tampon monté sur une longue pince et imbibé de teinture d'iode, de glycérine créosotée au 1/3, ou de chlorure de zinc au 1/3.

On irrigue le vagin à l'eau bouillie, on place un drain dans la cavité utérine, ou un tampon de gaze si l'on veut arrêter un suintement sanguin abondant.

On tamponne le vagin et place un pansement vulvaire.

La gaze vaginale est changée au bout de deux jours, supprimée après quatre jours, et remplacée par des injections vaginales chaudes faites deux fois par jour.

La malade garde le lit une quinzaine de jours, à moins d'indications particulières étrangères au curettage lui-même.

Si pendant l'opération on reconnaît que la curette a perforé la paroi utérine l'instrument s'enfonçant tout à coup à une grande profondeur, il faut évacuer avec la curette le contenu de l'utérus et arrêter là l'opération, en s'abstenant surtout de toute irrigation intra-utérine. Un drain est placé dans le trajet cervical pour permettre l'écoulement des liquides. La malade est mise en observation. Au moindre signe de réaction péritonéale, il faudrait recourir à la laparotomie et au drainage du péritoine.

Opérations sur le col. — Trachélorraphie. — Opération d'Emmet. — C'est la réparation d'une déchirure latérale du col.

La malade, placée et préparée comme pour toute opération vaginale, et endormie, on saisit le col avec une pince à traction

sur chaque lèvre, et on le tire dans le sens opposé à celui de la déchirure afin de bien exposer celle-ci.



Fig. 913.

Trachélorraphie d'Emmet. Avivement.

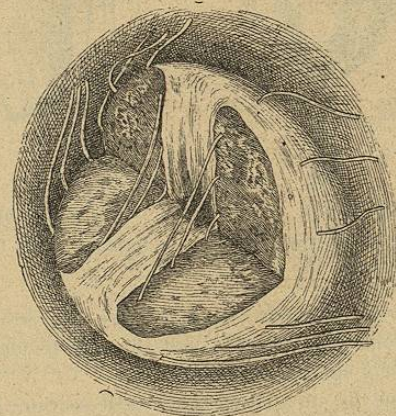


Fig. 914.

Trachélorraphie d'Emmet. Sutures.

Avec le bistouri on excise tout le tissu cicatriciel qui borde la

déchirure, avivant avec soin l'angle supérieur (fig. 913). On suture ensuite avec du catgut, en prenant dans l'anse du fil toute l'épaisseur des tissus, et en plaçant les fils de haut en bas (fig. 914).

On répète, s'il est nécessaire, l'opération du côté opposé. Puis on tamponne le vagin.

Évidement commissural du col. — Opération de Pozzi. — On coupe transversalement le col de façon à le diviser

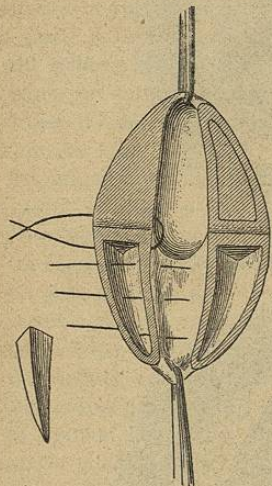


Fig. 915.

Évidement commissural du col
(Pozzi).

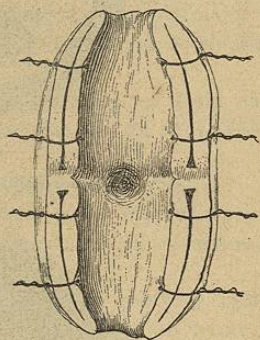


Fig. 916.

Sutures après l'évidement.

en deux lèvres, antérieure et postérieure (fig. 915). De chaque côté de la muqueuse cervicale, sur chacune des deux lèvres, se trouve donc une surface de section.

Sur chacune de ces quatre surfaces de section, on enlève un long lambeau en forme de coin (fig. 915). Le segment enlevé est prismatique triangulaire.

On affronte par des sutures séparées les deux bords de la gouttière ainsi creusée, et on les réunit sur toute la hauteur

du col (fig. 916), unissant la muqueuse vaginale à la muqueuse intra-cervicale.

On répète la même manœuvre sur les trois autres surfaces de section, et l'orifice cervical est ainsi agrandi.

Réssection du col. — Opération de Bouilly. — Le canal cervical ayant été dilaté, on l'attire avec des pinces à traction, et on le maintient ouvert.

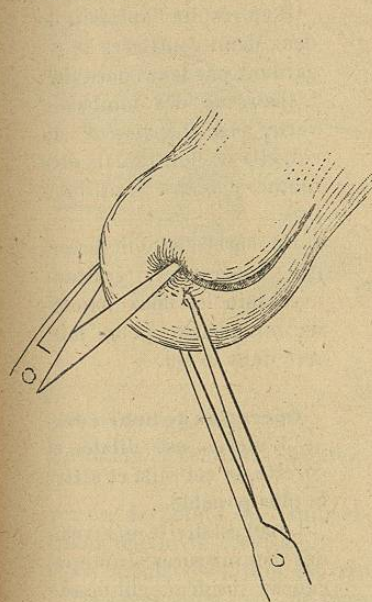


Fig. 917.

Opération de Schröder. Incision
transversale.

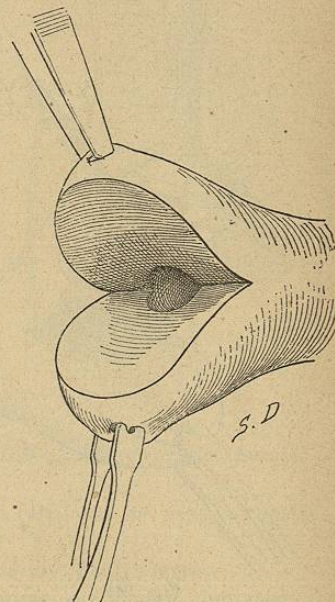


Fig. 918.

Opération de Schröder. Incision
transversale du col.

Avec un bistouri étroit et pointu on enlève d'abord sur la lèvre inférieure un petit lambeau rectangulaire, comprenant les trois quarts environ de la demi-circonférence inférieure de la muqueuse. Le bistouri est porté à un centimètre et demi de profon-

deur jusqu'au voisinage de l'orifice interne, au niveau de la jonction de la paroi inférieure et de la paroi latérale, et il détache à la face interne du col un petit lambeau rectangulaire, étendu d'une commissure à l'autre et limité en bas par l'orifice externe, en haut par l'orifice interne; à ce niveau il est nécessaire d'achever la section d'un coup de ciseaux.

La même manœuvre est répétée à la face interne de la lèvre supérieure.

Il en résulte l'ablation de deux demi-gouttières se regardant par leur concavité. L'épaisseur des lambeaux varie avec l'épaisseur du col, elle ne doit jamais être moindre de 2 à 3 millimètres.

Un curetage doit précéder l'opération, grattant avec soin les deux bandes de muqueuses qu'on laissera dans le col.

Opération de Schröder.

— L'utérus est dilaté et cureté, le col saisi et attiré le plus possible.

Le col est divisé au niveau des commissures droite et gauche jusqu'au cul-de-sac vaginal, de façon à déterminer la formation de deux valves (fig. 917 et 918).

Saisissant une des lèvres, l'inférieure d'abord, puis la supérieure, avec des pinces à griffes, on dédouble cette lèvre avec le bistouri (fig. 919), commençant en bas près du col, finissant en haut, à la base de la lèvre. Le lambeau interne, celui qui contient la muqueuse cervicale, doit être épais, et sa base doit être au

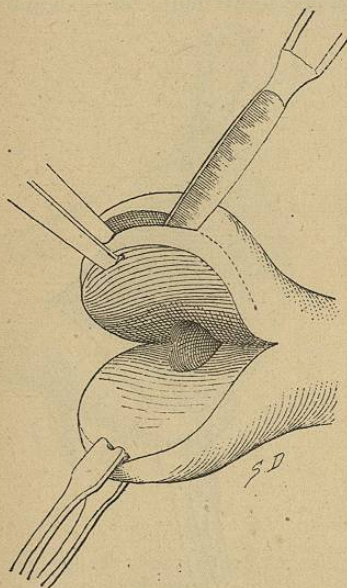


Fig. 919.

Opération de Schröder. Excision du lambeau cervical.

moins aussi épaisse que le reste. Le lambeau séparé, on le coupe à sa base d'un coup de bistouri ou de ciseaux.

Avant de tailler l'autre lèvre, on place les sutures sur la première. Avec une aiguille courbe et du catgut, on traverse l'orifice utérin et la base du lambeau, pour pénétrer à nouveau près de la pointe et ressortir du côté vaginal (fig. 920 et 921). Les fils

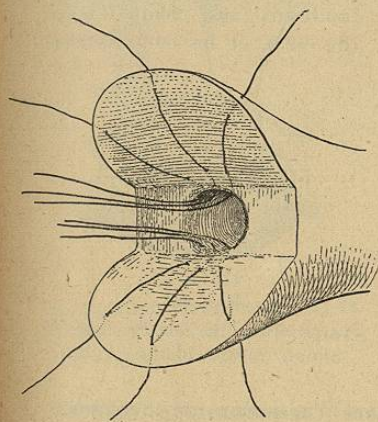


Fig. 920.

Opération de Schröder. Sutures.

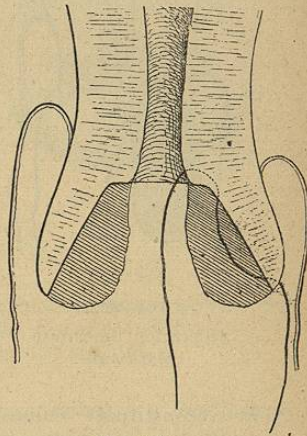


Fig. 921.

Opération de Schröder. Sutures.

serrés, la pointe du lambeau se rabat sur sa base, reconstituant une lèvre cervicale.

La même opération est répétée sur l'autre lèvre.

On place enfin deux ou trois sutures sur chaque commissure pour fermer le col sur les côtés, et on introduit un drain ou une mèche de gaze dans le canal cervical.

Le pansement est constitué par un tamponnement vaginal peu serré avec de la gaze stérile. La gaze vaginale est maintenue, renouvelée tous les deux jours, pendant huit à dix jours. Le drain est laissé six à huit jours.

Opération de Simon-Markwald. — Le tracé de résection

de chaque lèvre du col, après section transversale des commissures comme dans le procédé précédent, représente un angle dièdre dont l'arête regarde l'utérus (fig. 922).

Chaque lèvre est donc excisée en coin, et l'excision laisse deux lambeaux : un vaginal et un cervical. Des sutures accolent l'un à l'autre ces deux lambeaux sur chaque lèvre (fig. 923), et les commissures

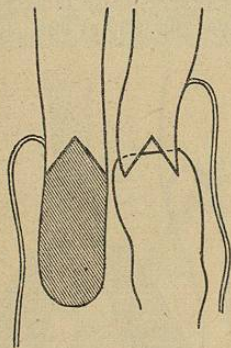


Fig. 922.
Opération de Simon-Markwald.

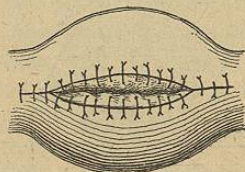


Fig. 923.
Amputation du col. Procédé de Simon. Sutures (d'après Pozzi).

sont reconstituées comme dans l'opération de SCHROEDER. Même pansement qu'après l'opération de Schröder.

Amputation sus-vaginale du col. — Procédé de Schröder. — On agit comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale¹, incisant et refoulant la muqueuse vaginale en avant et en arrière jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux.

On dégage à droite et à gauche la base des ligaments larges et on place une pince ou un fil sur les vaisseaux cervicaux, à une légère distance du col (fig. 924). Puis on coupe le paquet vasculaire près du tissu utérin.

Divisant ensuite le col en deux valves antérieure et postérieure, on coupe successivement chaque lèvre au-dessus de l'in-

¹ Voy. p. 459, t. II.

sertion vaginale, et on réunit le bord vaginal à la tranche utérine (fig. 925).

Même pansement que dans l'opération précédente.

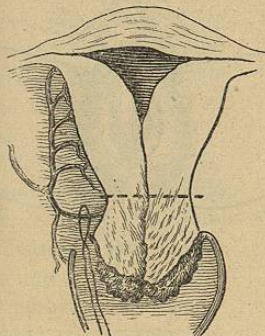


Fig. 924.
Amputation supra-vaginale du col. Ligature de l'artère du col (d'après SCHROEDER).

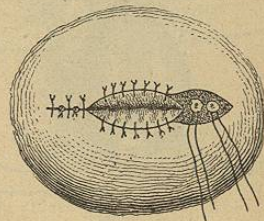


Fig. 925.
Amputation supra-vaginale du col. Procédé de Schröder. Ligatures et sutures.

Colpo-hystérotomie (Inversion utérine). — Destinée à remettre en situation normale un utérus inversé, l'incision du vagin, du col et de l'utérus peut se faire sur la paroi postérieure ou sur l'antérieure.

Colpo-hystérotomie antérieure (SPINELLI, OUI)¹. — L'utérus inversé est attiré à la vulve (fig. 926), et on reconnaît en haut le museau de tanche au changement de coloration et d'épaisseur.

Au-dessus du museau de tanche, on pratique une incision courbe ouvrant largement le cul-de-sac vaginal antérieur (fig. 927).

Un doigt passé dans le péritoine va explorer l'infundibulum d'inversion pour s'assurer qu'il ne contient aucun organe que blesserait l'incision utérine.

¹ OUI. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1902, p. 271.

Guidant sur ce doigt les ciseaux mousses et forts, on coupe

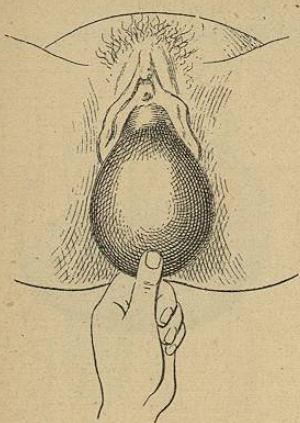


Fig. 926.

Colpo-hystérotomie antérieure.
Abaissement de l'utérus (Ovi).

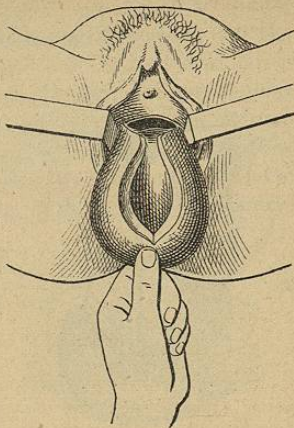


Fig. 927.

Incision du cul-de-sac vaginal
antérieur et de la paroi anté-
rieure de l'utérus (Ovi).

longitudinalement et sur la ligne médiane la paroi antérieure

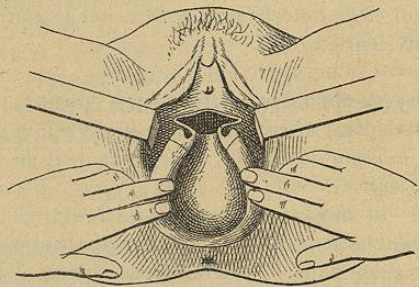


Fig. 928.

Réinversion de l'utérus (Ovi).

de l'utérus dans toute sa longueur et toute son épaisseur (fig. 927).

Refoulant avec les doigts la paroi postérieure de l'utérus, pendant qu'on maintient écartées les lèvres de l'incision, on déroule l'utérus transversalement (fig. 928). Peu à peu ainsi l'utérus se retourne, la face séreuse revenant à l'extérieur, le fond en bas et le col en haut.

L'incision utérine, devenue postérieure (fig. 929), est réunie du fond à l'isthme, sauf le col, par une suture de catgut ne prenant pas la muqueuse. Des points superficiels complètent l'affrontement de la séreuse qui doit être exact.

On remet alors l'utérus en situation normale, en refoulant son

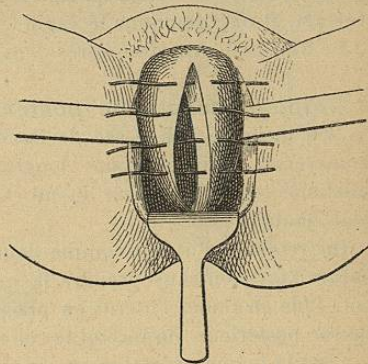


Fig. 929.

Sutures du corps de l'utérus réinversé
(Ovi).

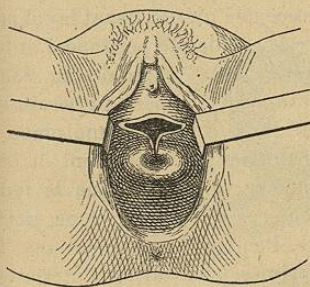


Fig. 930.

L'utérus a été remis en place par
la plaie vaginale (Ovi).

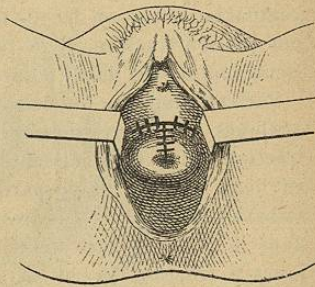


Fig. 931.

Sutures du cul-de-sac vaginal
et du col utérin (Ovi).

fond en haut par l'incision vaginale transversale du cul-de-sac
antérieur (fig. 930).

Lorsque l'utérus est rentré dans l'abdomen (fig. 931), on suture l'incision du col restée ouverte, on place un drain dans le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin en rétrécissant l'incision transversale, et on tamponne le vagin.

Le drain est supprimé après deux ou trois jours.

Colpo-hystérotomie postérieure (PICCOLI, JOSEPHSON).

— On incise le cul-de-sac de DOUGLAS largement dans le sens transversal. Puis on coupe longitudinalement et sur la ligne médiane toute l'épaisseur du col et du corps utérin dans toute leur hauteur.

On retourne l'utérus comme dans l'opération précédente, on suture l'incision sans prendre la muqueuse et sans recoudre le col. Puis on remet l'utérus en place à travers l'incision du cul-de-sac postérieur, on recoud le col et on ferme le douglas.

C'est la même opération en sens inverse.

Hystéropexie vaginale. — Les procédés de Dührssen, de Mackenroth, de Le Dentu et Pichevin, de Richelot, sont des variantes d'un même mode opératoire.

Par une incision transversale ou longitudinale du cul-de-sac vaginal antérieur, on décolle la vessie de l'utérus, fixant le col par une pince à traction, et on ouvre le cul-de-sac péritonéal antérieur, comme au début d'une hystérectomie vaginale (fig. 932).

Par cette incision l'utérus est examiné, et libéré au besoin de quelques adhérences postérieures. Puis, à l'aide d'une pince à traction ou de fils abaisseurs échelonnés successivement de bas en haut, le long de la paroi utérine, à mesure que le fond s'abaisse (fig. 933), on redresse l'utérus rétrofléchi, et on attire dans la plaie sa face antérieure. Pendant ces manœuvres, la pince à traction du col est supprimée pour laisser l'utérus se mobiliser.

Lorsque l'utérus est bien redressé et en bonne situation (fig. 934), on le fixe à la paroi vaginale en plaçant des fils qui traversent à la fois le cul-de-sac vaginal près de l'incision et la paroi utérine antérieure.

Il est de toute importance pour l'avenir fonctionnel de laisser

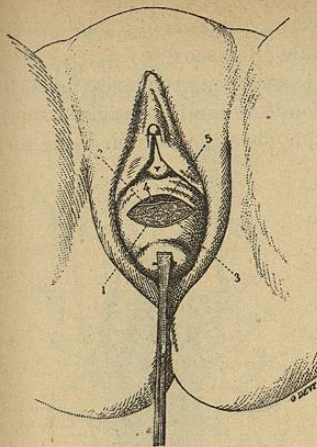


Fig. 932.

Hystéropexie vaginale. Procédé de Richelot. Incision vaginale et ouverture du péritoine.

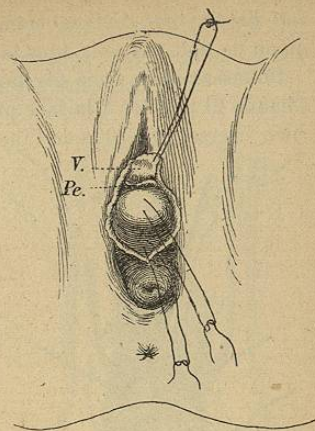


Fig. 933.

Hystéropexie vaginale. Procédé de Le Dentu-Pichevin. Abaissement du fond de l'utérus.

V, Lambeau vésico-vaginal. — Pe, péritoine.

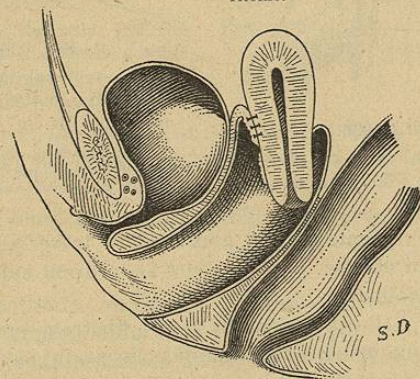


Fig. 934.

Hystéropexie vaginale. Procédé de Richelot. Utérus en bonne position.

le fond de l'utérus libre de toute suture et de toute adhérence.