

Flaubert, plus malheureux, en avait eu trois sur quatre. Mais la suture immédiate devra rendre ces fistules excessivement rares; aujourd'hui, avec les procédés employés pour la fistule, sa guérison est certaine. Dans les cas où la taille vaginale est faite pour guérir une cystalgie, et dans lesquels la fistule doit être gardée quelques mois, on a parfois de la peine pendant les premiers jours à empêcher son occlusion spontanée. On a même proposé de suturer, sur les bords de cette fistule, la muqueuse vésicale à la muqueuse vaginale.

Quant à la direction et au siège de l'incision, il ne saurait y avoir d'hésitation. Il faut craindre la suture d'un des uretères, par conséquent il faut rester fidèlement sur la ligne médiane et l'incision transversale de Vallet doit être rejetée. Il ne faut pas non plus prolonger l'incision jusqu'à l'urèthre, ce qui pourrait exposer à une incontinence d'urine.

ARTICLE II

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA VULVE ET LE VAGIN

I. — Des tumeurs des grandes lèvres.

Les grandes lèvres peuvent être le siège de tumeurs sébacées, de kystes séreux analogues à l'hydrocèle, de kystes muqueux analogues à la grenouillette, qui semblent siéger dans quelque granulation de la glande vulvo-vaginale ou dans son conduit excréteur oblitéré à son orifice; et enfin de tumeurs fibreuses et autres. Les procédés opératoires sont les mêmes que partout ailleurs; seulement, quelquefois l'ablation des tumeurs entraîne une hémorrhagie en nappe difficile à réprimer, surtout dans l'état de grossesse. Voici comment Malgaigne s'est comporté dans un cas de ce genre.

Il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique qui, du volume d'un œuf de pigeon au début de la grossesse, était arrivée à sept mois et demi au volume du poing; et déjà une ulcération des téguments de la face interne avait donné lieu coup sur coup à deux hémorrhagies alarmantes. Il fit une incision à la face externe; la tumeur était enveloppée d'un kyste fibreux, et l'énucléation s'en fit avec facilité. Mais presque immédiatement, par toute la surface de la plaie, survint une hémorrhagie que ni le tamponnement ni le perchlorure de fer ne purent réprimer. Il étreignit la base de

la grande lèvre entre deux points de suture enchevillée; le sang continuant à couler par en haut, il embrassa le reste de la plaie dans une ligature, et l'hémorrhagie fut arrêtée. Il n'y eut d'autre accident qu'une légère tuméfaction; le troisième jour, il enleva la ligature supérieure, le quatrième jour les points de suture; et la plaie marcha rapidement à cicatrisation.

On a quelquefois observé, lors de la rupture d'un thrombus des grandes lèvres, des hémorrhagies assez graves pour devenir mortelles, surtout lorsqu'elles arrivent durant le travail; sur 22 cas de ce genre, on n'a pas compté moins de 12 morts. Le même moyen serait également efficace pour les arrêter.

II. — Vagin double.

Le cloisonnement du vagin coïncide presque toujours avec un utérus double, je ne connais qu'une seule exception: l'observation de Maunoir, dans laquelle un vagin double coïncidait avec un utérus simple. J'ai réuni dans ma thèse d'agrégation (1863) un certain nombre d'observations de ce vice de conformation. Le plus ordinairement un seul des deux vagins sert au coït qui s'exerce sans aucune gêne, aussi les opérations ont-elles été assez rares. Maunoir a coupé la cloison parce que le vagin qui servait au coït était précisément celui qui répondait à la moitié du col qui ne portait pas le museau de tanche. Huguier a coupé une cloison incomplète parce qu'elle gênait les rapports sexuels. Chassaignac employa pour la détruire l'écrasement linéaire. En général les malades se refusent à se soumettre à une opération pour obtenir la guérison d'un vice de conformation que le hasard seul leur fait quelquefois découvrir.

III. Imperforation et absence du vagin.

Ce vice de conformation présente plusieurs variétés.

1^o *Imperforation de l'hymen.* — Ce vice de conformation est assez fréquent. La vulve est normalement conformée, mais l'hymen ne présente aucune ouverture, ou une ouverture trop étroite pour laisser passer librement les règles. Une ponction ou mieux une incision simple ou cruciale avec excision des lambeaux suffiront presque toujours pour obtenir une ouverture permanente et la sortie du sang menstruel.

2° *Imperforation de la vulve.* — Elle est amenée par la fusion congénitale des petites lèvres et par l'accroissement des parois de l'orifice vaginal. Le plus souvent en glissant une sonde verticalement à l'endroit de l'ouverture qui donne passage aux urines on constate l'existence d'une simple cloison qu'il suffit de fendre, ainsi que j'ai eu l'occasion de le faire pour rétablir les choses en état.

3° *L'absence du vagin* se présente sous trois formes principales : 1° absence complète de l'utérus et du vagin, avec existence normale des parties génitales externes; 2° absence du vagin avec intégrité de l'utérus et parfois avec intégrité de la portion utérine du vagin; 3° terminaison du vagin en cul-de-sac à une profondeur plus ou moins grande, avec absence ou atrophie de l'utérus et aussi avec absence d'exhalation menstruelle. Dans le premier et dans le troisième cas, les règles ne se produisant pas, les accidents sont défaut et le chirurgien ne pourrait intervenir que pour créer le cul-de-sac permettant la copulation. Ce sont, il est vrai, des opérations dites de complaisance, mais il est des circonstances où une opération de complaisance peut devenir une opération de nécessité.

Lorsqu'il y a rétention du flux menstruel, le chirurgien peut se proposer ou bien de pratiquer une simple ouverture qui permette l'évacuation du foyer sanguin, ou bien de créer en même temps un vagin artificiel.

Ponction par le rectum. — Cette opération ne peut être considérée que comme palliative. Baker-Brown la fit avec succès en 1861, mais l'observation ne suit le malade que jusqu'au deuxième mois. Elle est loin du reste d'être toujours innocente, car Ant. Dubois, qui crut pouvoir y recourir, vit sa malade mourir de péritonite.

Ponction par le vagin. — La ponction simple, acceptable quand il n'y a manifestement qu'une mince épaisseur de partie qui sépare la collection liquide du doigt du chirurgien, devient des plus dangereuses quand on est obligé de donner beaucoup au hasard. Manoury perdit une malade qu'il opéra de cette façon; Maisonneuve perdit également une malade chez laquelle, après avoir ponctionné, il avait avec le lithotome incisé l'utérus distendu par les règles.

Création d'un vagin artificiel. A. Par le bistouri. — L'opération a été pratiquée le plus ordinairement en faisant une incision

transversale à la partie inférieure des grandes lèvres, à l'endroit où aurait dû se trouver le vagin. Assez souvent l'opération ne peut être menée à bonne fin. De Haen arriva dans la vessie. Macfarlane fut obligé de s'arrêter pendant l'opération et il survint une péritonite; sa malade mourut comme celle de Haen. D'autres fois, après avoir pénétré à une certaine profondeur, on fit une ponction de l'utérus distendu, soit sur le col, soit sur le corps de l'organe. De Bal ne put dilater l'ouverture qu'il avait pratiquée. Willaume (de Metz) vit l'ouverture faite par lui sur les côtés de l'utérus se rétrécir et devenir trop étroite. Warbeck réussit complètement sans rétrécissement ultérieur. La malade, il est vrai, était mariée. Le rétrécissement ultérieur peut aller jusqu'à une véritable oblitération qui fait perdre tout le bénéfice de l'opération, ce qui est arrivé aux malades de Maisonneuve, de Guérin, de Piachaud (de Genève). Au contraire, dans un cas où il craignait de voir le résultat obtenu disparaître, Richet fut étonné de trouver quelques années après un vagin très dilaté; il est vrai que la malade, sachant qu'elle n'avait pas d'utérus et ne pouvait être mère, s'était faite fille publique.

B. Par décollement. — La traction opérée sur les lèvres de la vulve congénitalement réunies ayant réussi à Amussat, ce chirurgien eut l'idée ingénieuse d'essayer le même moyen dans un cas d'absence de vagin.

Procédé d'Amussat. — Une jeune fille de quinze ans et demi avait le vagin oblitéré au moins dans les deux tiers de son étendue; au-dessus, les règles accumulées formaient une tumeur fluctuante. La malade ayant été préparée par un bain, un lavement et un cataplasme sur la vulve, le chirurgien, armé d'une grosse sonde droite, en appuya l'extrémité au-dessous de l'urèthre, là où l'orifice du vagin aurait dû se trouver, et poussa dans la direction du vagin, de manière à refouler la muqueuse et à produire un léger enfoncement. Il répéta cette manœuvre avec le petit doigt, après avoir mis au préalable un autre doigt dans le rectum pour servir de conducteur; la pression fut douloureuse, mais déjà efficace, et l'impression du petit doigt resta. Pour mieux atteindre son but, il attira alors le périnée en arrière en le pinçant avec un doigt dans l'anus et le pouce dans la vulve, tandis que d'autre part il cherchait à attirer en haut l'urèthre pour l'écartier du rectum et laisser plus d'espace entre eux. Il resta un trou sans déchirure ni effusion de sang. Pour conserver cette dilatation, on plaça dans ce petit enfoncement en forme de doigt de gant une

éponge préparée. Trois jours après, on répéta l'introduction et l'impulsion du doigt; on introduisit deux doigts pour opérer une distention plus forte: il y eut en effet un véritable éraïlement dans la muqueuse avec effusion de sang. On remit l'éponge préparée. Après cinq autres tentatives ainsi faites à un ou deux jours d'intervalle, on avait créé un conduit artificiel de près de 6 centimètres de longueur; alors, au fond de ce conduit, on dirigea sur l'indicateur un trocart qu'on plongea dans la tumeur; puis on remplaça le trocart par le bistouri garni de linge dans les cinq sixièmes de sa lame: il n'y avait plus qu'une épaisseur de 12 à 13 millimètres à traverser. Il sortit de 350 à 380 grammes d'un sang gluant et noirâtre. On introduisit dans ce vagin nouveau une grosse canule de gomme élastique; et l'on arriva à une cure complète, qui durait encore après plusieurs années.

Malgaigne eut à faire une opération analogue sur une femme qui avait eu le vagin oblitéré à la suite d'un accouchement. Il commença par diviser la cicatrice extérieure, qui arrivait presque au niveau de la vulve; puis, après la première incision, il déchira les parties avec l'indicateur poussé en avant et élargissant la voie de droite à gauche jusqu'à ce qu'enfin il tomba dans une petite cavité où il reconnut le col utérin. Il fallut maintenir le vagin dilaté pendant plus d'une année avec des tentes de gentiane; mais enfin il persista et se prêta parfaitement aux relations conjugales. La femme n'était pas devenue enceinte quand il la vit pour la dernière fois.

Zeiss (de Dresde) sur une petite fille de trois ans détruisit la soudure avec les doigts et un seul coup de ciseaux.

Bernutz, après avoir par la pression des deux index obtenu un infundibulum, y plaça une éponge préparée, et finit par arriver sur le col; mais le vagin se rétrécit graduellement et il resta quelque temps une fistule, seul vestige du vagin créé. Un an plus tard l'écoulement menstruel se supprima par cette voie et se fit de nouveau par l'anus, ainsi que cela avait lieu avant tout traitement.

C. *Par décollement uni à l'incision.* — C'est le procédé le plus souvent employé. Flescher, chirurgien anglais, y eut recours plus de vingt ans avant Amussat. Il fit d'abord une incision de deux centimètres et demi de profondeur et continua par décollement en s'aidant de temps en temps du bistouri. Le résultat fut complet et la malade eut ultérieurement deux enfants. Watson

réussit par un moyen analogue. Patry procéda par l'incision, le décollement et finit par une ponction.

J'ai eu vers 1878 l'occasion de pratiquer cette opération. Une jeune fille, reçue à l'hôpital de Dunkerque pour une rétention menstruelle due à l'absence de vagin, présentant les symptômes d'une péritonite commençante. Elle me fut envoyée d'urgence à l'hôpital Beaujon. Dans ces conditions, il n'y avait pas de temps à perdre. Je fis une incision d'un centimètre de profondeur au

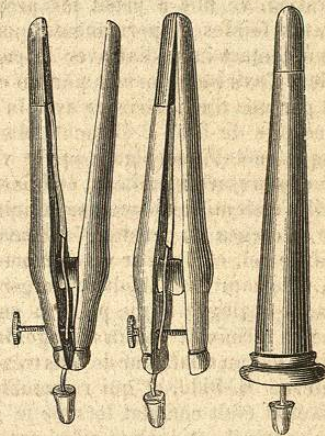


FIG. 738.

Bougies et dilateur électrolytiques employés pour la création d'un vagin artificiel.
L. Le Fort.

niveau de la vulve, puis procédant par décollement avec les ongles de mes pouces pressant et tirant en sens inverse, m'aidant de temps en temps de la sonde cannelée, j'arrivai en une demi-heure à creuser un vagin et à arriver sur une poche sanguine constituée par l'extrémité supérieure du vagin. Je retirai plus d'un litre d'un magma noir formé par du sang altéré, et j'arrivai sur le col utérin qui était normal. Malheureusement j'avais été appelé trop tard à intervenir, et les accidents de péritonite, qui existaient déjà avant l'opération, entraînèrent la mort de la malade.

D. *Électrolyse.* — J'ai réussi, en me servant de l'électrolyse

pour faciliter le décollement. La malade avait déjà subi dix opérations faites par Labbé et Th. Anger, et le résultat n'avait été que la création d'un cul-de-sac de deux centimètres environ. Il y avait un utérus placé très-haut, et des douleurs excessives à chaque époque menstruelle s'irradiant dans le ventre et le bassin, mais les règles étaient remplacées par des hémorrhagies se faisant par les conjonctives, la peau des jambes qui se fendillait spontanément ou par des hémoptysies. Je dus attendre pour intervenir la cessation d'accidents sérieux péritonéaux survenus après la dernière opération. Je mis à profit les propriétés électrolytiques des courants faibles et permanents quand le cuivre des rhéophores est en contact immédiat avec la peau. Je fis un cylindre de buis dont l'extrémité formée par un embout de cuivre était en rapport par une tige intérieure avec le fil conducteur du pôle négatif d'une pile de 5 ou 6 éléments Morin au sulfate de cuivre; une plaque métallique placée sur le ventre, mais avec interposition de compresses mouillées, établissait la communication. L'appareil n'était mis en place que la nuit. Au bout de peu de temps, la tige se creusa un canal de 7 à 8 centimètres de profondeur, atteignit le col, et à partir de ce moment la femme eut ses règles par la voie naturelle. Il fallait élargir le canal creusé; je fis un instrument analogue à une pince à ouvrir les gants et dont une branche se terminait par un ajutage de cuivre. La dilatation fut complétée par un dilateur de bois très-ingénieusement fait par mon interne M. Bide, et qui ressemblait beaucoup au précédent. Le résultat était complet lorsque je présentai la malade à l'Académie; mais il est évident qu'ici comme dans tous les cas analogues, il faut éviter le rétrécissement ultérieur du vagin nouvellement créé, et l'on ne peut y arriver que par l'emploi des dilateurs naturels ou artificiels. Le vagin créé par l'électrolyse se rétrécira-t-il comme les autres? je l'ignore, n'ayant pas revu la malade.

IV. — Du toucher.

On touche la femme debout ou couchée.

La femme étant debout, les cuisses écartées, le chirurgien se place devant elle, le genou gauche à terre, l'autre relevé pour soutenir le coude, s'il en est besoin; et passe la main droite sous ses vêtements, le doigt indicateur enduit au préalable d'huile ou de cérat, et recouvert par les autres doigts pour ne pas souiller les vêtements. Quand on arrive près de la vulve, on relève le

pouce en avant, on replie les autres doigts en arrière; l'indicateur porté horizontalement sous le périnée, écarte les grandes lèvres avec son bord radial, et, ramené d'arrière en avant, arrive sûrement à l'orifice du vagin, dans lequel on le fait pénétrer avec douceur, suivant sa direction connue, c'est-à-dire à peu près comme si l'on voulait atteindre l'angle sacro-vertébral.

Si la femme est au lit, on la fait coucher sur le dos, ou un peu inclinée sur le côté, les cuisses demi-fléchies et suffisamment écartées, le bassin modérément relevé. Le chirurgien se place du côté droit du lit, glisse la main sous les couvertures, et agit pour le reste comme il vient d'être dit.

Enfin on peut placer la femme en travers de son lit, le bassin sur le bord; les cuisses maintenues écartées par des aides; c'est surtout quand le toucher doit être suivi de l'application du spéculum.

Il est bon de savoir que le toucher debout permet au doigt d'arriver beaucoup plus haut sur l'utérus, celui-ci se trouvant refoulé en bas, par la pression des viscères, on peut même toucher dans la position accroupie, où l'abaissement est encore plus marqué.

V. — Application du spéculum.

La femme couchée en travers, le bassin débordant le bord du lit, les cuisses écartées et maintenues par des aides, le chirurgien, placé en avant, commence par pratiquer le toucher pour s'assurer de la position du col utérin et aller à sa recherche plus sûrement. De la main gauche il écarte les poils et les petites lèvres; de l'autre il saisit le spéculum préalablement huilé et chauffé au besoin, et le présente à la vulve la queue tournée vers le mont de Vénus, pour qu'elle ne fasse aucun obstacle.

Chez les femmes qui ont la fourchette largement déchirée, chose commune après un et surtout plusieurs accouchements, le spéculum peut être porté tout d'abord dans la direction du vagin; mais quand la fourchette est entière, elle laisse au-dessus d'elle un petit cul-de-sac formé par la partie inférieure et postérieure du vagin, et il faut commencer par diriger l'instrument quasi d'avant en arrière. On commence par attirer le périnée en arrière pour agrandir l'orifice; on déprime la fourchette avec le bord postérieur du spéculum; et quand le centre de l'instrument correspond bien au centre de l'orifice, on le fait pénétrer d'abord suivant une ligne qui aboutirait à la pointe du coccyx puis, lors-

qu'il est arrivé à 3 centimètres environ de profondeur, on lui fait faire un mouvement de bascule qui le ramène dans la direction de l'angle sacro-vertébral.

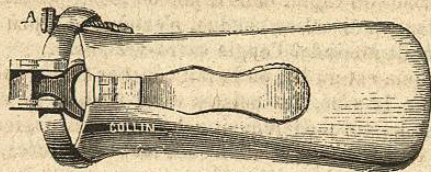


FIG. 739.

Spéculum de Cusco fermé et replié.

Quelques chirurgiens, lorsqu'ils veulent seulement explorer le col de l'utérus, poussent l'instrument d'un seul coup, avec une

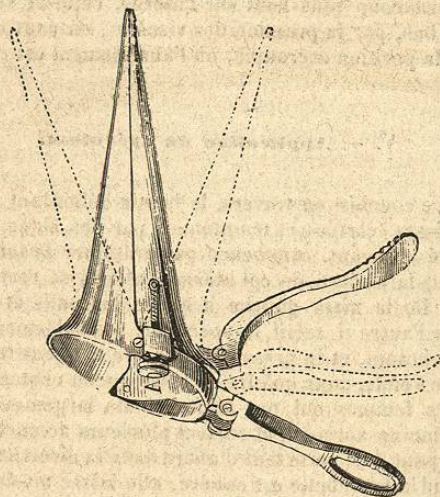


FIG. 740.

Spéculum de Cusco.

rapidité qui ressemble presque à la brusquerie. Ce mode d'introduction est douloureux même chez les femmes qui ont l'orifice élargi, à plus forte raison chez les autres. Il faut procéder avec beaucoup de douceur et de lenteur à la fois. Cette précaution est

indispensable quand on a à examiner le vagin dans toute son étendue; elle est fort utile même pour diriger sûrement le bout du spéculum vers le col utérin.

A mesure en effet que le spéculum avance, le vagin resserré en arrière, présente au bout de l'instrument une sorte de rosace ouverte au centre, et formée à la circonférence par les parois vaginales. Ainsi toute l'étendue de ces parois se montre perpendiculairement en face de l'observateur, à mesure que le spéculum les déplisse en pénétrant. L'ouverture de la rosace est directement au centre, quand le col occupe lui-même le centre du vagin; mais s'il incline d'un côté ou de l'autre, l'orifice suit en général la même direction et se rapproche de la circonférence de la rosace; en

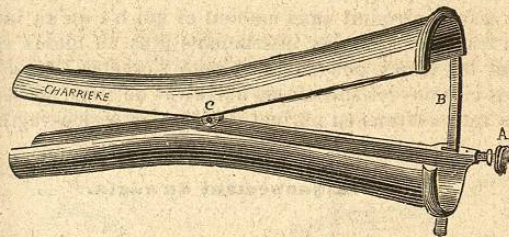


FIG. 741.

Spéculum de Jobert (de Lemballe.)

sorte que le segment du vagin le plus étendu est presque toujours diamétralement opposé au côté où le col est dévié, et indique dans quel sens il faut diriger l'instrument pour embrasser plus sûrement le col.

Dès qu'on aperçoit le col, il faut chercher à l'engager dans l'orifice du spéculum, de sorte que le museau de tanche soit bien au centre. Si le col est tellement dévié que le museau de tanche ne se laisse pas apercevoir, on retire quelque peu l'instrument, et on le repousse soit en arrière, soit en avant, selon le sens dans lequel le col est dévié, pour ramener son orifice au centre comme il a été dit.

Le col enfin convenablement engagé, il est bon de le fixer davantage en pressant un peu sur le spéculum. On le nettoie ensuite avec de petits pinceaux de charpie montés à l'avance sur de petites baguettes de bois, et on l'examine en y faisant arriver le plus de lumière possible. Si l'on se sert du jour, la malade doit être placée en face de la fenêtre; sinon le chirurgien prend lui-

même la bougie et la dirige dans le sens le plus convenable. Un excellent moyen de projeter au fond du spéculum la plus grande masse de lumière est de placer en arrière de la bougie une cuiller d'argent qui fait office de miroir concave; les yeux de l'opérateur demeurant dans l'ombre peuvent voir beaucoup plus facilement le fond du vagin. La forme du spéculum varie beaucoup. Le plus usité pendant longtemps est le spéculum plein en bois ou en ivoire, tube légèrement conique, armé d'une queue pour le tenir et le diriger, et muni pour l'introduction d'un mandrin à tête arrondie. Nous énumérerons le spéculum bivalve, quadrivalve de Ricord; le spéculum de Jobert, de Gusco; le premier articulé près de son sommet, le second à sa base même; le spéculum de Ferguson tube conique garni de verre étamé, coupé en biseau à son sommet, qu'on introduit sans embout et qui n'a qu'un inconvénient, sa fragilité. Enfin les instruments plus ou moins compliqués dont les lames peuvent à volonté s'écarter latéralement. Enfin nous citerons les spéculums univalves de Sims, de Bozeman que nous retrouverons en parlant des fistules vésico-vaginales.

VI. — Tamponnement du vagin.

Le tamponnement du vagin se pratique pour arrêter une hémorragie soit spontanée, soit traumatique.

On peut se servir des procédés décrits pour le tamponnement du rectum; mais d'abord le vagin permet de se servir du spéculum pour introduire les matériaux du tamponnement; et d'un autre côté, comme la matrice le ferme à son extrémité supérieure, on n'a pas besoin d'enveloppe pour retenir ces matériaux, et l'on peut y porter directement de la charpie, de l'agaric, etc., en les soutenant à l'extérieur à l'aide d'une serviette passée entre les cuisses, et rattachée en avant et en arrière à une autre serviette, appliquée en ceinture à l'abdomen. Mais, ici comme ailleurs, il y a une difficulté réelle à extraire la charpie ou l'agaric entassé, et dont la pression et l'imbibition des liquides ont fait une masse compacte. De là le procédé suivant.

Tamponnement à queue de cerf-volant. Procédé de Bretonneau. — On prend une pincée de coton ou de charpie aussi épaisse qu'on le juge convenable, et on la lie par le milieu avec un long brin de fil. A quelques centimètres de distance, nouvelle pincée, nouveau nœud; et ainsi de suite jusqu'à ce que le fil soit épuisé, mais surtout jusqu'à ce qu'on ait attaché assez de coton pour com-

bler la cavité vaginale. Le fil ainsi armé ne ressemble pas mal à une queue de cerf-volant; de là le nom pittoresque donné à ce procédé.

A l'aide des doigts ou d'une pince quelconque, on porte le premier flocon au fond du vagin, puis le second, puis le troisième, et ainsi de suite, entassant le coton jusqu'à ce que la cavité soit remplie, et laissant seulement pendre l'autre bout du fil au dehors. Quand vient le moment de retirer le tout, on n'a qu'à tirer sur ce fil; la masse de coton se dévide, pour ainsi dire, par ce seul mouvement de traction, avec une merveilleuse régularité.

VII. — Des pessaires.

On a multiplié la forme des pessaires sans raison comme sans mesure; cela devait être, lorsqu'on ignorait même les conditions des déplacements qu'on voulait maintenir. Les premiers pessaires avaient la forme d'une sphère ou d'un œuf, comme il ne s'agissait

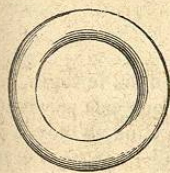


FIG. 742.

Pessaire ordinaire ou en gimblette.

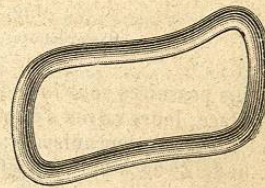


FIG. 743.

Pessaire de Sims.

que de remplir la cavité du vagin; telles sont encore les amoules de caoutchouc vulcanisé. Les pessaires en gimblettes, ronds ou elliptiques, mais aplatis et percés d'un trou au centre, ne remplissent pas d'autre office, si ce n'est que leur aplatissement supprime toute compression fâcheuse sur le rectum et la vessie.

A se régler seulement sur la nature de la maladie, pour contenir une cystocèle ou une rectocèle vaginale, il faut refouler spécialement en avant ou en arrière la partie inférieure du vagin; de là les *pessaires en sablier* et les *pessaires en entonnoir*; ces deux sortes d'instruments sont fabriqués en caoutchouc, afin de pénétrer dans le vagin sous un moindre volume, et de s'élargir à l'intérieur. L'utérus est bien mieux soutenu encore par les *pessaires*