

à l'aide d'un cathéter brisé dont la cannelure se tourne en travers dans la vessie. Mais il y a joint la modification beaucoup plus importante de réunir immédiatement la plaie par suture.

Appréciation. — La taille urétrale est d'abord soumise à ce premier reproche, d'exposer à blesser quelque artère pour peu qu'elle se rapproche des os; dans la seule opération de ce genre que j'aie vu faire, l'incision dirigée vers la symphyse avait déterminé une hémorrhagie telle que l'opérateur, Félix d'Arcet, jugea prudent de m'appeler. Mais un accident bien autrement grave est l'incontinence d'urine qui suit presque inévitablement. Tous les procédés y exposent. Frère Côme, qui faisait l'incision latérale, fut obligé d'y renoncer par cette seule cause; Louis tailla deux jeunes filles par l'incision bilatérale: l'une mourut, l'autre eut une incontinence; Vacca n'appliqua qu'une seule fois l'incision verticale: l'incontinence suivit encore; et Souberbielle écrivait à l'Académie en 1828 que, sur six femmes soumises à ce procédé par un seul chirurgien, deux étaient mortes, et les quatre autres ne pouvaient garder leur urine. Ces chiffres montrent aussi qu'elle a une gravité comparable à celle de la taille périnéale chez l'homme; elle a donc été justement rejetée de la pratique générale.

Frère Côme avait donné la préférence à la taille hypogastrique. Mais la taille hypogastrique n'est guère moins grave chez la femme que chez l'homme; sur 42 opérées, dont 16 entre trois et dix-sept ans, frère Côme a eu 7 morts.

Reste la taille vaginale, qui sur une trentaine d'opérations connues, n'a pas encore compté un cas de mort. A la vérité, quand on abandonne la plaie à elle-même, il y a lieu de craindre une fistule vésico-vaginale consécutive. Clémot, sur trois opérées, en avait eu une atteinte de cette redoutable infirmité; Flaubert, plus malheureux, en avait eu trois sur quatre. Mais la suture immédiate devra rendre ces fistules excessivement rares; et déjà elle a donné à M. Vallet un succès complet.

Quant à la direction et au siège de l'incision, l'incision verticale est plus facile que la transversale, qui d'ailleurs n'offre aucun avantage particulier. Quelques-uns l'ont prolongée jusque sur l'urètre, chose inutile d'abord, et qui pourrait exposer à une incontinence d'urine. Le procédé de Clémot me paraît satisfaire à toutes les indications.

Art. II. — Opérations qui se pratiquent sur la vulve et le vagin.

1° 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; seules quelquefois l'ablation des tumeurs entraîne une hémorrhagie en nappe difficile à réprimer, surtout dans l'état de grossesse. Voici comment je me suis 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. Je fis 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. J'étreignis la base de la grande lèvre entre deux points de suture enchevillée; le sang continuait à couler par en haut, j'embrassai 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 j'enlevai 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.

2° Imperforation du vagin.

L'imperforation du vagin offre trois principales variétés.

1° J'ai vu plusieurs fois, chez de très jeunes enfants, les bords de la fourchette adossés sur la ligne médiane et remontant ainsi jusque près du clitoris, de manière à masquer même l'orifice de l'urètre et à gêner l'émission de l'urine. En y regardant de près,

on reconnaît que l'adossement est fort mince et semble résulter d'un simple contact. Il n'est pas besoin du bistouri pour le détruire ; il suffit de presser dessus de haut en bas avec un stylet boutonné.

2° La membrane hymen est oblitérée ; les règles s'accumulent en arrière, et c'est alors qu'on appelle le chirurgien. On peut ponctionner la membrane avec un trocart, sauf à revenir au bistouri ; il est plus simple de l'inciser tout d'abord crucialement avec le bistouri, et d'exciser les quatre lambeaux. Dans un cas où l'accumulation des règles déterminait des douleurs atroces, avec des efforts d'expulsion pareils à ceux de l'enfantement, à défaut d'instruments, je poussai fortement avec le doigt de dehors en dedans, tandis que la malade poussait de son côté en sens inverse, et je réussis à rompre la membrane sans aucun autre accident.

3° Enfin il y a quelquefois une grande épaisseur de parties entre l'extérieur et le fond du vagin. On attendait généralement alors que la tumeur formée par l'accumulation des règles, et qu'on peut sentir au moins par le rectum, servît de guide au bistouri ; et l'on craignait même que l'inflammation consécutive et la corruption du sang retenu à l'intérieur ne produisissent des accidents mortels ; en sorte que Boyer regardait cette anomalie comme au-dessus des ressources de la chirurgie, ou du moins refusait alors d'opérer pour ne pas compromettre l'art. Amussat a heureusement rappelé de cet arrêt trop rigoureux.

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'un grosse sonde droite, en appuya l'extrémité au-dessous de l'urètre, 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'urètre pour l'écarter 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'introduc-

tion et l'impulsion du doigt ; on introduisit deux doigts pour opérer une distension plus forte : il y eut en effet un véritable érailement 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 42 à 43 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 dura encore après plusieurs années.

J'ai eu à faire une opération analogue sur une femme qui avait eu le vagin oblitéré à la suite d'un accouchement. Je commençai par diviser la cicatrice extérieure, qui arrivait presque au niveau de la vulve ; puis, après la première incision, je déchirai les parties avec l'indicateur poussé en avant et élargissant la voie de droite à gauche, jusqu'à ce qu'enfin je tombai dans une petite cavité où je reconnus 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 je l'ai vue pour la dernière fois.

3° 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 les 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.

Quand l'utérus est situé très haut, au lieu de replier les trois derniers doigts, on les étend en sorte que la face radiale du médius s'applique contre le périnée et le soulève, tandis que le pouce étendu en avant soulève aussi la partie antérieure de la vulve. Souvent le périnée résiste ; un excellent moyen consiste alors à pousser le coude soi-même avec le genou, si l'on touche la femme debout, ou à se faire pousser le coude par un aide si on la touche couchée. Si cela ne suffit pas encore, on introduit le médius en même temps que l'indicateur ; on arrive ainsi à 40 ou 42 millimètres plus haut.

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 ; quelquefois même je touche dans la position accroupie, où l'abaissement est encore plus marqué.

4° Application du spéculum.

Le spéculum le plus habituellement employé est un tube d'étain légèrement conique, armé d'une queue pour le tenir et le diriger, et muni ou non d'un mandrin à tête arrondie ; mais l'introduction est beaucoup plus facile avec le mandrin.

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, lorsqu'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.

Quelques chirurgiens, lorsqu'ils veulent seulement explorer le col de l'utérus, poussent l'instrument d'un seul coup, avec une rapidité qui ressemble presque à de la brusquerie. Ce mode d'introduction est douloureux même chez les femmes qui ont l'orifice élargi, à plus forte raison chez les autres. Je suis pour mon compte l'exemple de Lisfranc, qui procédait 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 perpendiculaire 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 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.

Cette rosace du vagin avec son ouverture pourrait être prise pour le col par des commençants ; mais le col n'offre pas de rides comme le vagin, et s'il restait quelque doute, il suffirait de pousser légèrement, avec une sonde de femme, la partie qui se présente ; le col résiste, le vagin se laisse repousser au moindre effort.

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 bou-

gie 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 prolonger l'examen en toute sécurité.

On emploie aussi des spéculums à deux valves, réunies à charnière de manière à s'ouvrir en rapprochant les branches à l'extrémité. L'introduction en est facile; mais l'écartement des valves à l'intérieur laisse entre elles un intervalle dans lequel les parois vaginales se précipitent pour ainsi dire et masquent la vue. On ne les emploie guère que pour introduire au fond du vagin des pinces ou autres instruments destinés à agir sur le col; encore a-t-on trouvé généralement plus commode l'usage de simples gouttières, avec lesquelles on déprime la paroi postérieure, et au besoin les parois latérales du vagin.

5° 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 sur 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 M. 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 combler la cavité vaginale. Le fil ainsi armé ne ressemble pas mal à une queue de cerf-volant; et 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.

6° 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 s'il ne s'agissait que de remplir la cavité du vagin; telles sont encore les ampoules de caoutchouc vulcanisé de M. Gariel. 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. Je dirai du reste que les pessaires elliptiques n'ont pas de raison d'être; ils ont été construits pour se placer en travers et appuyer sur les ischions par leurs deux extrémités, et l'on enseigne formellement à les disposer dans le vagin de cette manière. C'est un soin bien inutile; si l'on examine la femme quelques heures ou même parfois quelques minutes après, on trouve constamment le pessaire retourné dans le sens vertical.

A se régler seulement sur la nature de la maladie, pour contenir un cystocèle ou un rectocèle vaginal, il faut refouler spécialement en avant ou en arrière la partie inférieure du vagin; j'ai fait construire à cet effet des *pessaires en sablier*; pour remédier seulement à l'abaissement de l'utérus, j'ai adopté 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 en bilboquet*; mais ceux-ci ont besoin d'être supportés à l'extérieur par un chauffoir, ou un brayer, ou une plaque appliquée sur la vulve et que les Anglais nomment bouclier; aussi, jusqu'à présent, je n'en ai jamais fait usage.

Enfin, pour les cas d'antéversion ou de rétroversion, on peut élever davantage la portion de la circonférence du pessaire qui devra soutenir la matrice déviée.

Mais dans certains cas, la dilatation excessive du vagin, ou la conformation du bassin même, obligent à prendre des pessaires

d'une forme moins bien appropriée à la lésion. Ainsi j'ai rencontré une chute de l'utérus chez une femme qui avait le vagin et la vulve tellement larges, qu'aucun pessaire en entonnoir n'y aurait pu tenir sans comprimer la vessie et le rectum; je réussis avec un pessaire en gimblette d'une dimension vraiment énorme. Ainsi M. Hervez de Chégoïn, dans un cas de rétroversion où le sacrum offrait une concavité très prononcée, ne put soutenir l'utérus qu'en remplissant le vagin avec une grosse bouteille de caoutchouc. Déjà M. Moreau avait établi qu'en pareil cas, il faut surtout s'attacher à combler l'intervalle qui existe entre la face postérieure de l'utérus et la concavité du sacrum, sous peine de voir le déplacement se reproduire. Les ampoules de caoutchouc vulcanisé, insufflées selon le procédé de M. Gariel, ont alors un avantage réel.

Procédé d'application. — La femme placée sur le dos, les cuisses écartées et modérément fléchies, le pessaire enduit de cérat est présenté à la vulve dans le sens le plus favorable à son introduction, et poussé de bas en haut et d'avant en arrière dans le vagin, en suivant d'ailleurs les règles données pour l'introduction du spéculum. Ainsi, pour introduire les pessaires de caoutchouc, soit en sablier, soit en entonnoir, on rapproche les deux moitiés de leur circonférence supérieure, de manière à l'aplatir latéralement et à lui donner la forme d'une ellipse. On porte dans le vagin une extrémité de cette ellipse, que l'on enfonce en haut et en arrière dans la concavité du sacrum, afin que l'autre extrémité puisse passer sous l'arcade du pubis. L'orifice vaginal franchi, le pessaire reprend sa forme; il suffit de le pousser avec le doigt à la hauteur qu'on veut lui faire occuper.

Le pessaire en bilboquet doit être tenu presque en travers, afin d'offrir sa circonférence presque de champ à la vulve; une fois dans le vagin, on le redresse de manière à ramener sa queue sur la ligne médiane.

Le pessaire en gimblette est de même présenté de champ; la portion de sa circonférence qui pénètre la première doit chercher d'abord à déprimer avec une certaine force la fourchette, le périnée et même le rectum, jusqu'à ce que l'autre portion soit assez abaissée pour glisser sous l'arcade pubienne; l'introduction s'achève alors d'elle-même, et il ne reste qu'à donner à l'instrument sa disposition définitive, à peu près en travers du vagin, une face en avant, l'autre en arrière, le haut de la circonférence en arrière du col utérin. On peut se dispenser de décrire le mode d'introduction des autres.

Pour les extraire, il suffit d'accrocher avec le doigt indicateur

le bord supérieur des pessaires de caoutchouc, et de les attirer doucement à travers la vulve. Le pessaire en bilboquet doit sortir obliquement; pour le pessaire en gimblette, on accroche le doigt dans son orifice central, on le tourne de champ, et on le ramène ainsi au dehors.

Les pessaires sont souvent d'une efficacité remarquable, mais ils l'achètent par bien des inconvénients. Pour les maintenir dans un état convenable de propreté, il faut les retirer tous les soirs, les remettre tous les matins; sinon ils sont baignés dans un mucus vaginal sujet à devenir purulent, et qui à la longue acquiert une fétidité insupportable. L'action délétère de ce liquide s'exerce sur le pessaire même; le caoutchouc est ramolli et réduit en putrilage; les pessaires dits de gomme élastique perdent leur vernis, leur enveloppe, et s'incrument dans les parties molles; l'ivoire même ne résiste pas. Heureusement, dans beaucoup de cas, ils peuvent être suppléés par la ceinture hypogastrique.

7° Du cystocèle et du rectocèle vaginal.

Je réunis ici ces deux sortes de hernies, parce que, dans toutes deux, le vagin refoulé à travers la vulve entraîne avec lui ou la vessie, ou le rectum, qui demandent également à être ménagés dans les opérations proposées pour la cure radicale. Ces opérations ont toutes pour objet de rétrécir la portion du vagin dilatée qui fait partie de la hernie. On y a appliqué l'excision suivie de la suture, la suture sans excision et la ligature. M. Huguier avait aussi essayé l'excision sans suture avec l'écrasement linéaire; mais il y a renoncé.

4° *Excision.* — L'excision, dérivée d'un procédé de Marshall-Hall pour la chute de l'utérus, consiste à enlever avec le bistouri un lambeau du vagin, soit en avant, soit en arrière, et à réunir immédiatement par suture. M. Stoltz, en 1842, a appliqué la suture à surjet, qui ne vaut pas la suture entortillée. La principale difficulté est de ménager soit le rectum, soit le vagin. M. Velpeau avait mis à exécution dès 1835, pour une chute de l'utérus, un procédé digne d'être rapporté ici.

Procédé de M. Velpeau. — Il accroche le plus haut possible la crête médiane postérieure du vagin avec une érigne, et la fait accrocher en bas de la même manière par un aide, qui doit tirer sur les deux érignes de manière à faire former un pli vertical à la paroi du vagin. Il porte alors l'indicateur gauche dans le rectum pour

protéger l'intestin ; et de la main droite armée d'une aiguille courbe, il passe trois ou quatre fils doubles à la base du pli vaginal. Puis avec un bistouri, il enlève les parties comprises dans ce pli jusqu'à 6 à 7 millimètres des fils, et termine en serrant ceux-ci comme dans la suture entrecoupée.

Il n'a pas dit comme il s'y prenait pour protéger la vessie ; M. Huguier, qui a pratiqué l'excision de ce côté à l'aide de deux incisions elliptiques, prend soin d'introduire au préalable dans la vessie son petit doigt.

2° *Suture sans excision. Procédé de M. Jöbert.* — Il pratique sur la partie dilatée du vagin deux incisions verticales, à peu près parallèles, distantes de 2 à 3 centimètres ; et les réunit l'une à l'autre par la suture entortillée, laissant ainsi en arrière de la suture un repli de la muqueuse vaginale.

3° *Ligature. Procédé de Bellini.* — La portion à enlever étant saisie et attirée à l'aide d'une double érigne, il la cerne à sa base avec un fil qui traverse d'abord la paroi vaginale dans une étendue de 5 à 6 millimètres, parcourt une étendue pareille à la surface de la muqueuse, et recommence ainsi à la manière de la vieille suture en fauil ou à points passés. Il doit décrire de cette manière une sorte d'U renversé, \cap ; en sorte que les bouts du fil sortent près de l'orifice extérieur. Il serre alors les deux bouts qui étreignent les parties à la manière du cordon d'une bourse, et les assure par un double nœud assez serré pour produire l'étranglement.

Procédé de M. Huguier. — Il porte au préalable le petit doigt dans la vessie ou l'indicateur dans le rectum pour protéger ces viscères ; attire avec des pinces de Museux la partie à retrancher, de manière à lui faire former un pli, et passe à la base de ce pli deux épingles en croix qu'il serre par une ligature. Si la perte de substance lui paraît insuffisante, il place deux autres épingles à quelque distance des premières, serrées de même avec un fil ; et il réunit le tout avec un fil solide qu'il laisse en place jusqu'à la chute des parties étranglées et sphacélées.

Appréciation. — La ligature semblerait mieux répondre au but qu'on se propose ; et le procédé de M. Huguier paraît aussi préférable à l'autre. Le vagin est d'abord rétréci ; on sent à l'intérieur, soit de la vessie, soit du rectum, un repli solide formé par leur paroi refoulée. Mais la question est de savoir si la guérison obtenue en apparence sera définitive. La plupart des opérées ont été perdues de vue au bout de quelques mois ; M. Huguier m'a dit cependant en

avoir suivi quelques-unes un an et plus ; Bellini assure avoir obtenu une guérison qui persistait depuis près de six ans.

8° *Déchirure du périnée.*

La déchirure du périnée est complète ou incomplète. On a vu des déchirures incomplètes au centre et en arrière ; lésions fort rares, et qui guérissent généralement par la seule puissance de la nature. Il est beaucoup plus commun que le périnée soit déchiré en avant ; et alors il y a deux degrés principaux : ou bien la déchirure est limitée à la fourchette, ou elle se porte en arrière jusqu'au voisinage de l'anus, dont le sphincter seul a résisté. La déchirure complète se présente également à deux degrés, selon que le périnée seul est déchiré, ou que la déchirure remonte plus ou moins haut sur la cloison recto-vaginale.

Les déchirures limitées à la fourchette sont généralement négligées. Quand elles se prolongent un peu en arrière, on peut y appliquer quelques points de suture entrecoupée, ou tenter de les rapprocher avec des serres-fines. On réussirait probablement aussi bien avec les cautérisations répétées, selon le procédé de M. J. Cloquet déjà cité pour les fissures du voile du palais (p. 505) ; M. J. Cloquet a même appliqué ce procédé aux déchirures complètes, et il a rapporté cinq cas de guérisons obtenues par l'emploi du nitrate acide de mercure, du caustique de Vienne, et principalement du cautère actuel.

Mais lorsque la déchirure s'étend en arrière jusqu'au sphincter, et surtout quand elle est complète, on préfère avoir recours à des moyens de réunion plus puissants. Les procédés sont assez nombreux ; ils se rallient toutefois à trois méthodes : 1° la *suture*, qui prend ici le nom de *périnéographie* ; 2° l'*autoplastie* ; 3° l'*opération en deux temps*.

1° *La suture.* — On a appliqué la suture simple ; puis Dieffenbach y a ajouté deux incisions latérales au périnée, pour relâcher les parties ; et dans le même but, M. Baker Brown a porté ces incisions sur le sphincter de l'anus.

Suture simple. Procédé de Roux. — Il avait adopté exclusivement la suture enchevillée. La femme couchée en travers de son lit comme pour l'opération de la taille, le chirurgien avive d'abord la solution de continuité, en prenant soin de rendre les surfaces bien régulières, et en prolongeant même un peu l'avivement du côté du vagin afin de les avoir plus étendues. Pour la suture, on arme les aiguilles courbes de fils doubles solides, selon le procédé décrit

page 53; mais en y ajoutant un fil simple dont nous verrons l'emploi tout à l'heure. Il suffit généralement de trois points de suture : le postérieur traverse seulement l'épaisseur des chairs; le moyen remonte jusque dans la cloison, lorsque celle-ci a participé à la déchirure; l'antérieur comprend une petite partie de la muqueuse vaginale. On dédouble les fils destinés à la suture enchevillée, que l'on serre assez fortement de chaque côté sur un bout de sonde de gomme élastique; mais cette suture laissant quelque peu bâiller la plaie à l'extérieur, on y remédie en serrant à part le fil supplémentaire, et ajoutant ainsi une véritable suture entrecoupée à chaque point de suture enchevillée.

Guillemeau avait réussi avec la suture entrecoupée; et de nos jours on a renouvelé ces tentatives. Mais la réussite est moins assurée que par la suture enchevillée; seulement le procédé de Roux a été modifié en ce sens, qu'au lieu de passer les fils de la suture entrecoupée avec les autres, on les applique à part et seulement à la surface de la plaie.

Incisions latérales au périnée. Procédé de Dieffenbach.—Il réunit d'abord le centre de la division par un point de suture entrecoupée, ajoute deux points de suture entortillée en avant et deux autres en arrière; et enfin, si la cloison est divisée, il y fait deux points de suture entrecoupée passée à l'aide d'une aiguille à coudre très fine. Puis, après avoir serré toutes ces sutures, il pratique de chaque côté du périnée une incision semi-lunaire à convexité externe qui, commencée à 12 ou 13 millimètres du bord postérieur de la grande lèvre, s'écarte en dehors jusqu'à 2 centimètres de la déchirure, et revient aboutir à un centimètre en avant et sur le côté de l'anus. Ces incisions, outre le relâchement en travers des parties qu'elles circonscrivent, font que celles-ci s'affaissent de 13 millimètres environ au-dessous du niveau des téguments ambiants, ce qui détermine également un relâchement de bas en haut.

Incisions du sphincter. Procédé de M. Baker Brown.—Immédiatement après l'avivement, il porte dans l'anus un bistouri boutonné avec lequel il pratique de chaque côté du sphincter, à 6 millimètres de son attache coccygienne, une incision dirigée en dehors et en arrière dans une étendue de 3 à 5 centimètres. Après quoi trois points de suture enchevillée opèrent le rapprochement de la déchirure, dont les bords supérieurs sont réunis par des points de suture entrecoupée; et l'on place un plumasseau trempé d'huile dans chaque incision du sphincter.

2° *Autoplastie.*—Appliquée essentiellement aux cas où la déchirure se prolonge sur la cloison recto-vaginale, elle emprunte un lambeau à la paroi du vagin, dédoublée de celle du rectum.

rure se prolonge sur la cloison recto-vaginale, elle emprunte un lambeau à la paroi du vagin, dédoublée de celle du rectum.

Procédé de M. Langenbeck.—Il commence par aviver avec des ciseaux les deux bords de la cloison; puis, celle-ci tendue à l'aide de deux doigts portés dans le rectum, il fait sur sa face vaginale une incision semi-circulaire à convexité inférieure qui ne comprend que la paroi du vagin, et dissèque la lèvre supérieure de cette incision de manière à obtenir un lambeau de 12 à 13 millimètres de hauteur. Après quoi il avive la déchirure du périnée; réunit le tout, sauf le lambeau, par la suture entrecoupée; ajuste ensuite son lambeau sur la partie antérieure de la division, et termine par les incisions périméales de Dieffenbach.

Il y a quelque obscurité dans cette description, touchant la manière dont le lambeau s'appliquera en avant; il faut nécessairement qu'on ait enlevé en ce point la muqueuse vaginale, pour avoir une surface sanglante correspondante à celle du lambeau.

Procédé de M. Béraud.—Il a dédoublé latéralement chaque côté de la cloison; puis à l'aide d'incisions latérales pratiquées et sur le vagin et sur le rectum, il a relâché les tissus de manière à attirer à gauche le bord droit de la paroi rectale, et à placer la suture de ce côté, en dehors de la suture consacrée à la paroi vaginale.

3° *Opération en deux temps. Procédé de M. Laugier.*—Dans un cas où la cloison était également divisée, il commença par l'aviver et la réunir à l'aide de trois points de suture entrecoupée, qu'il enleva le neuvième jour; la réunion était complète. Un mois après, il procéda à la réunion du périnée, qui fut pareillement obtenue moyennant cinq points de la même suture, et sans incisions d'aucune espèce.

Appréciation.—Les premiers procédés ont été appliqués indifféremment à la déchirure simple du périnée et à la déchirure prolongée jusque sur la cloison, deux lésions qui ne semblaient différer que par le degré, mais qui, au point de vue pratique, présentent une toute autre différence. Dans la déchirure périnéale, les surfaces à affronter sont larges et généralement faciles à réunir; mais sur la cloison, elles sont minces, flottantes, et la suture, en contact d'une part avec un écoulement vaginal abondant que l'opération manque rarement de déterminer, d'autre part avec les matières du rectum, liquides et gaz, aboutit beaucoup plus difficilement à une réunion complète. Sur 47 femmes opérées par Roux, 3 sont mortes; il y a eu d'abord sur les autres 4 échecs, dont 2 ont été réparés par une deuxième opé-

ration ; et enfin sur les 12 succès, 5 seulement ont été complets, les 7 autres femmes ayant gardé une fistule recto-vaginale. Dieffenbach, avec ses incisions latérales, n'a pas été plus heureux, et sur 7 opérations a eu 4 fistules. Ce qui, d'après mon expérience, empêche surtout la réunion de la cloison, c'est l'accumulation dans le rectum de pus mêlé à des matières liquides et à des gaz, qui font effort contre la suture ; et j'avais même pratiqué, dans un cas de fistule recto-vaginale, la section du sphincter de l'anus. La double section du sphincter, dans le procédé de M. Baker Brown, outre le relâchement qu'elle procure, ouvre une voie libre aux matières ; aussi, sur 65 périnéoraphies, il n'a compté que deux fistules consécutives. Les procédés autoplastiques de MM. Langenbeck et Béraud ne sont encore qu'à l'état d'essais, et je doute qu'ils fournissent des résultats équivalents ; mais j'avoue que je suis bien plus frappé de l'efficacité que semble promettre l'opération en deux temps de M. Laugier.

Dans cet état de choses, pour la simple déchirure du périnée, je donnerais la préférence au procédé de Roux ; les incisions latérales de Dieffenbach paraissent généralement inutiles, et ne doivent être admises qu'au cas où les parties suturées offriraient un tiraillement manifeste.

Pour la déchirure étendue à la cloison, le procédé de M. Baker Brown me paraît mériter la préférence ; et en cas d'échec, l'opération en deux temps offrirait une précieuse ressource.

L'opération d'ailleurs ne paraît pas bien grave. A la vérité Roux a eu trois morts, mais on peut croire à une série malheureuse. M. Baker Brown n'a eu à regretter qu'une mort sur 65 opérées ; et M. Echeverry, en réunissant de toutes parts une masse de 185 observations, celles de Roux comprises, n'a trouvé en tout que 8 morts.

Un débat s'est élevé sur la question de savoir si l'opération peut être pratiquée après l'accouchement. Roux voulait qu'on attendît la cicatrisation complète des surfaces de la déchirure ; M. Nélaton retarde au moins l'opération quelques jours, jusqu'à ce que la plaie soit recouverte de bourgeons charnus. Ceci est de nécessité quand il y a des eschares ; et il est bon de se souvenir que la suture a réussi sans avivement jusqu'au onzième ou au douzième jour. Mais, sauf la présence des eschares, des expériences nombreuses ont montré l'efficacité et le peu de danger de l'opération immédiate, et il n'y a pas de motif suffisant pour la différer.

9° *Fistules recto-vaginales.*

Ces fistules succèdent assez souvent, comme on vient de le voir, à certains cas de périnéoraphie ; quelquefois aussi la cloison se dé-

chire seule dans les efforts de l'accouchement ; et enfin la fistule peut être la suite d'un abcès.

M. J. Cloquet dit avoir guéri avec M. P. Dubois une fistule de 15 millimètres de diamètre, à l'aide de plusieurs applications successives du cautère actuel. Amussat a réussi de même avec les caustiques pour une fistule qui pouvait admettre une plume d'oie. Mais ce sont là des faits exceptionnels ; et presque toujours la suture est indispensable.

La suture simple a été employée par Saucerotte et Placide Portal. Le premier échoua complètement ; le second fut obligé de compléter le traitement par sept cautérisations. On a donc jugé nécessaire de joindre à la suture des incisions propres à relâcher les parties.

Procédé de M. Jobert. — La malade couchée comme il a été dit, un aide relève avec un spéculum à gouttière la paroi supérieure du vagin. Si la fistule est suffisamment en vue, il suffit d'en saisir les bords avec des pinces à dents, pour les aviver avec les ciseaux ou le bistouri. Si elle est trop profonde, on fait attirer la cloison recto-vaginale à l'extérieur, soit avec des égrignes ou des pinces, soit, ce qui est préférable, avec le doigt d'un aide introduit dans le rectum et recourbé en crochet pour renverser la cloison du côté de la vulve. On réunit ensuite par la suture entrecoupée, en armant chaque fil de deux aiguilles courbes que l'on enfonce par le rectum à travers les deux lèvres de la plaie, et introduisant au préalable deux doigts dans le rectum pour le protéger. Enfin, la suture bien serrée, l'opérateur pratique sur les côtés du vagin deux incisions verticales, en dirigeant le bistouri en dehors et en arrière, pour ne pas blesser le rectum. Ces incisions doivent être un peu plus longues que la fistule elle-même, et ont pour effet de détruire la tension de ses bords. On pourrait au besoin en pratiquer de transversales en haut et en bas.

Procédé de l'auteur. — Je pratique l'avivement comme M. Jobert, et je passe les ligatures avec une seule aiguille du vagin dans le rectum et du rectum dans le vagin, en la dirigeant avec l'indicateur gauche porté dans l'intestin. Ensuite, pour mieux relâcher les tissus, je prolonge les incisions latérales vaginales sur les côtés des grandes lèvres et du périnée, ce qui procure un relâchement extraordinaire. J'ai obtenu ainsi un succès immédiat.

Mais j'ai déjà appelé l'attention sur le danger de laisser accumuler dans le rectum le pus mêlé à d'autres liquides et à des gaz. La deuxième opérée de M. Jobert eut sa fistule traversée le quatrième jour de l'opération par des gaz et des liquides ; chez la troisième,