celui d'une malade chez laquelle j'avais obtenu avec la suture étagée au catgut un succès en apparence idéal ; la récidive eut lieu trois mois après l'opération. A cette époque encore, on pouvait constater que les plaies vaginale et périnéale s'étaient parfaitement cicatrisées. Il se produisit chez cette femme, du côté droit, une sorte d'œdème qui n'est peut-être qu'une conséquence passagère et non encore observée de la tension du plancher pelvien, mais qui, en tous cas, a eu pour résultat de rendre la récidive fort douloureuse et de faire apparaître à l'anneau vaginal, au moment d'un effort, la paroi latérale droite du vagin.

Trois fois il y eut, sous l'influence d'une involution sénile progressive de tout l'organisme, due à une nutrition incomplète et à un défaut de soins, une résorption rapide du tissu adipeux dans l'appareil génital. Cette résorption fut suivie d'un relâchement nouveau des parties constituantes du plancher pelvien, et de la reproduction de l'inversion vaginale, c'est-à-dire du prolapsus. Chez deux de mes clientes la plaie opératoire avait guéri d'une manière parfaite ; je n'ai pu assigner de cause appréciable à la récidive.

Dans la plupart des cas de récidive, je pus trouver les différents segments de la cicatrice fort bien conservés. J'ai vu trois faits très curieux où, la femme étant dans le décubitus dorsal, les organes génitaux externes étaient complètement fermés ; ce n'est qu'en poussant que les nouveaux bourrelets vaginaux apparaissaient au dehors. Chez quelques-unes de ces malades, j'ai renoncé de prime abord à une nouvelle intervention et je leur ai appliqué des tuteurs vaginaux. Chez d'autres, où je découvris de bonne heure la tendance à la reproduction du prolapsus, il a suffi d'instituer le traitement qu'on a l'habitude d'appliquer au début du prolapsus puerpéral : tampons de tannin et glycérine, injections astringentes, repos, bains de siège, abstention de tout effort physique, et surtout et avant tout défense d'exposer les parties à l'irritation sexuelle.

Deux seulement des femmes se sont soumises à une nouvelle opération. L'une d'elles fut complètement guérie cette fois et put reprendre sans inconvénient ses occupations de lessiveuse ; l'intervalle entre les deux opérations avait été de cinq ans. L'autre avait été opérée d'abord d'après le procédé de colporrhaphie postérieure

de *Hegar*, et ne fait par conséquent pas partie des 220 cas que j'ai cités. La seconde fois, j'intervins d'après mon procédé à moi, et le résultat fut en apparence parfait. La malade, assez intelligente, s'abstint durant trois mois de tout travail pénible ; ce n'est que lorsque les parties semblèrent bien consolidées et que je lui permis de vaquer aux soins du ménage, qu'elle reprit les dures occupations de la mère de famille. Six semaines après, elle vint se plaindre d'une sensation de descente ; au bout de six autres semaines, il existait un prolapsus complet des parois antérieure et postérieure du vagin. A ce moment je procédai à l'opération de *Neugebauer* et j'obtins à nouveau un résultat favorable en apparence. La malade paraissait complètement guérie. Mais quatre mois après, lorsque la malade vint à soulever pour la première fois un seau rempli d'eau, la cicatrice éclata en provoquant de vives douleurs. Et lorsque la femme se présenta à moi, je pus voir la plaie qui saignait encore. Naturellement la malheureuse ne voulut pas entendre parler d'une quatrième intervention ; elle se contente actuellement, pour la réduction, d'un pessaire à tige.

III. — Déchirure du périnée. Périnéorrhaphie

Les déchirures du périnée surviennent, dans l'immense majorité des cas, pendant l'accouchement ; ce n'est que rarement qu'elles sont le résultat de lésions dues à une chute, à un coup, ou qu'elles se produisent pendant l'extirpation des tumeurs de l'appareil génital.

Pour la déchirure intra-partum, il faudra toujours essayer la réunion extemporanée. Mais cette réunion rencontre souvent des entraves qui sont sous la dépendance tantôt de l'état actuel de la parturiente, tantôt du mode de cicatrisation des tissus violemment divisés, tantôt enfin des conditions inhérentes à l'état puerpéral lui-même. De cette façon il arrive que l'on ne s'aperçoit de lésions de ce genre et qu'on n'y remédie que relativement tard et longtemps après qu'elles se sont cicatrisées. D'autres fois, l'allaitement étant regardé comme une contre-indication de l'opération, la restauration du périnée, du moins si la tentative qui a suivi immé-

diatement l'accouchement a échoué, se trouve différée indéfiniment. D'autres fois enfin ce retard est le résultat de l'indolence de la blessée elle-même qui ne s'adresse au médecin qu'alors qu'à la lésion du plancher pelvien viennent s'ajouter d'autres accidents.

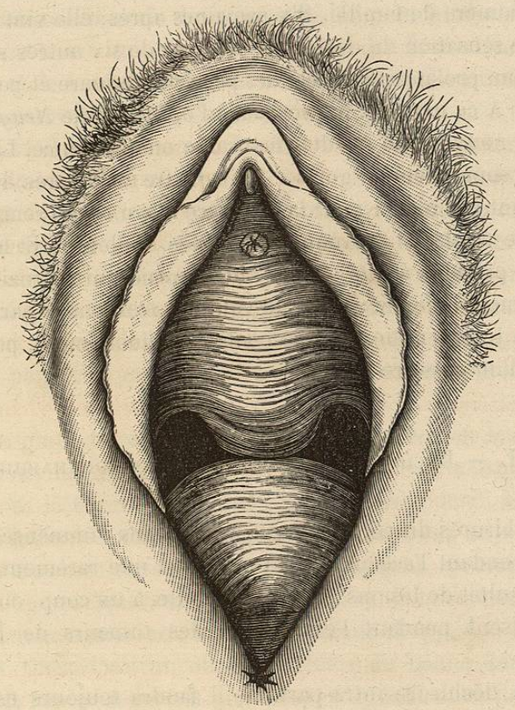

Fig. 89. — Déchirure périnéale superficielle.

Pour l'étude de ces déchirures, nous nous contenterons ici de les diviser en 1° déchirures ***incomplètes*** et 2° déchirures ***complètes.***

1° ***Les signes anatomiques des déchirures incomplètes*** sont presque toujours une solution de continuité de la commissure postérieure de la vulve et du raphé périnéal. La déchirure se pro-

longe ordinairement dans le vagin sur la ligne médiane jusqu'à l'extrémité inférieure de la colonne postérieure qu'elle contourne soit d'un, soit des deux côtés; en général elle file le long du côté où siégeait l'occiput du fœtus. (Fig. 89.) Il est très rare de voir la lésion pénétrer dans la colonne vaginale et en séparer un segment latéral.

Lors de guérison spontanée, la fourchette est remplacée par du tissu inodulaire qui se distingue par sa coloration nacrée et sa résistance. Grâce à sa disposition étoilée, ce tissu provoque une tension très irrégulière des régions avoisinantes, et consécutivement la production, entre ces rayons cicatriciels, de gros bourrelets épidermiques. Même lorsque l'intestin est resté indemne, la cicatrice peut entraver d'une façon fâcheuse la dilatabilité de la paroi antérieure du rectum et empêcher ainsi, jusqu'à un certain point, l'évacuation des matières fécales. Presque toujours l'anneau vaginal est notablement altéré dans sa forme par la rétraction cicatricielle, du moins lorsque la déchirure remonte assez haut dans le vagin et a amené une déformation de la colonne postérieure et de la paroi latérale. Les cas où l'anus est intéressé se compliquent très souvent de rectocèle, sous l'influence de laquelle il se produit une protrusion de la paroi postérieure du vagin qui va jusqu'à la procidence.

2. Lorsque l'intestin participe à la déchirure (***déchirure complète***), l'ouverture intestinale se trouve le plus souvent au milieu de la paroi antérieure du conduit. Plus haut, la déchirure prend le chemin que suit la lésion dans le vagin. Grâce à la rétraction cicatricielle, l'intestin fendu est largement béant et sa muqueuse forme un bourrelet d'un rouge vif, qui fait saillie au niveau de ce qui reste de la cloison recto-vaginale; cela peut aller jusqu'à un véritable prolapsus de cette muqueuse. (Fig. 90.)

Ce n'est que rarement que ces déchirures intéressent l'intestin sur une longueur de plus de 5 centimètres. Bien plus souvent le sphincter anal seul est déchiré, ce qui fait que le rectum est entr'ouvert sur un trajet d'environ 3 centimètres. (Il est à remarquer que le prolapsus utérin complique très rarement ces déchirures étendues et profondes, peut-être parce que la matrice,

et avec elle tout le plancher pelvien sont maintenus par des exsudats résultant de la dystocie.)

Plus rarement encore la déchirure entame, au lieu de la paroi antérieure, la paroi latérale de l'intestin. L'ouverture intestinale

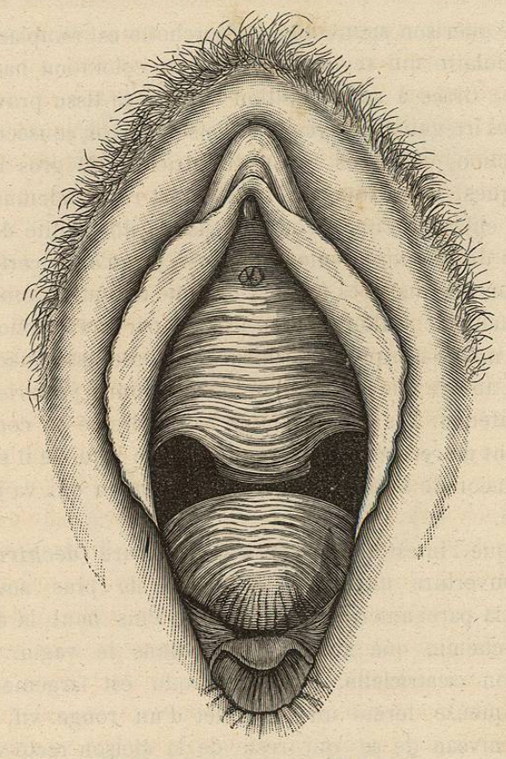

Fig. 90. — Déchirure recto-périnéale.

est alors absolument médiane. J'ai même observé un cas où la déchirure périnéale laissait le rectum absolument indemne et passait à côté de lui pour se diriger en arrière jusqu'auprès du coccyx.

Les ***symptômes*** des ***déchirures périnéales*** ne sont pas les mêmes pour tous les cas, même pour ceux où la lésion semble

avoir une importance égale. Il y a des femmes qui ne tiennent aucun compte de déchirures même très étendues et chez lesquelles, malgré de durs travaux, les symptômes de la blessure intestinale disparaissent complètement, la tonicité du sphincter et du plancher du bassin une fois recouvrée. D'autres, dont le périnée n'est que peu lésé, et chez lesquelles la béance de l'anneau vaginal n'a pas encore eu le temps de provoquer un état d'irritation chronique du segment inférieur du vagin ou même le prolapsus de ce dernier, se plaignent de souffrances insupportables qui les empêchent de marcher et de rester debout, qui les rendent incapables de se livrer à la moindre occupation. Elles disent n'être tranquilles qu'au repos, dans le décubitus dorsal.

Les accidents sont généralement en rapport avec l'étendue de la solution de continuité du plancher pelvien. C'est lorsque celui-ci ne peut plus, par suite de l'atteinte portée à son intégrité, soutenir l'utérus, la vessie et les intestins, et lorsque les parois vaginales elles-mêmes se sont invaginées, que se développe cette sensation de béance et cette peur continuelle du prolapsus du vagin, si pénibles pour la femme. C'est surtout chez les femmes qui présentent des déchirures incomplètes qu'on observe les phénomènes de descente et de procidence vagino-utérines. Chez elles le prolapsus vaginal postérieur avec rectocèle est fréquent. L'orifice vaginal étant béant, poussière, urine et ordures peuvent y pénétrer, irriter le segment inférieur du conduit et provoquer des souffrances très marquées. Ces souffrances deviennent insupportables quand, dans la ***déchirure périnéale complète,*** les femmes ayant perdu le pouvoir de retenir le contenu intestinal, le rectum laisse échapper non seulement des matières fécales mais encore des gaz. Les incommodités physiques même mises à part, les rapports sociaux sont interdits aux malheureuses, qui tombent dans l'hypocondrie.

On ne peut espérer d'amélioration en dehors de la restitution aux parties de leurs rapports normaux. Aussi le ***pronostic*** des déchirures périnéales accompagnées d'accidents sérieux est-il complètement sous la dépendance de l'intervention opératoire. — D'ailleurs on voit de temps en temps des déchirures

incomplètes guérir spontanément pendant la période puerpérale.

Les règles qui régissent la ***périnéorrhaphie*** diffèrent selon que l'opération suit de près la production de la déchirure, ou en est séparée par un laps de temps plus ou moins considérable.

1. — Le traitement le plus convenable de la déchirure ***récente*** consiste, sans aucun doute, dans la réunion des parties disjointes, telle qu'elle existait antérieurement. Il ne faut pas hésiter à avoir recours à l'anesthésie, lorsque cela est possible, quoique les femmes soient quelquefois tellement épuisées que l'opération ne leur cause pas grande douleur, ou qu'en tous cas elles supportent avec patience les quelques piqûres qu'elle commande. L'anesthésie chloroformique permet de transporter la patiente sur une table appropriée et de lui donner la posture nécessaire, ce qui n'est pas à dédaigner pour l'application des sutures.

On aura soin de nettoyer la plaie à fond. L'irrigation continue enlèvera le sang qui y adhère, les ciseaux couperont les lambeaux de tissu arrachés. On rapproche ensuite les parties correspondantes et on les réunit par des sutures profondes, pas trop rapprochées. Il importe de ne pas laisser de vides entre les surfaces saignantes et de bien en affronter les bords. Si la déchirure a contourné la colonne postérieure du vagin, les points de suture devront en embrasser toute la largeur pour former ensuite le raphé périnéal et la fourchette. En tous cas, la suture reliera les ***surfaces traumatiques*** dans ***toute leur étendue***.

Un procédé simple est celui qui consiste dans la suture étagée des parties avec des fils de catgut. Il raccourcit l'opération, qui est faite généralement sur des femmes épuisées et baignées de sueur, et ne provoque pas d'irritation locale, quoique les fils restés en place soient trempés par les sécrétions lochiales. La confection des sutures est sous la dépendance de l'étendue de la déchirure : on réunit d'abord les parties profondes au moyen d'un ou de plusieurs étages de points et l'on suture ensuite la plaie extérieure (1).

Il est préférable, même en cas de déchirures puerpérales récentes, de se contenter des irrigations externes. Les parturientes resteront quinze jours au lit. Du dizième au douzième jour, on enlèvera les fils extérieurs s'ils sont en soie. Il faut éviter autant que possible toute injection intra-vaginale.

(1) Bröse, *Centralbl. f. Gyn.* 1883, p. 777.

2. — Dans les ***déchirures périnéales anciennes,*** le mode d'intervention est subordonné à l'étendue de la lésion.

a. Dans les déchirures anciennes ***incomplètes,*** beaucoup de chirurgiens mettent en pratique les préceptes énoncés à propos de la colporrhaphie postérieure et sur lesquels je ne reviendrai pas. Je ne parlerai pas davantage de la méthode à lambeaux, indiquée d'abord par *Langenbeck* (1) et modifiée successivement par *Wilms* (2), *Staude* (3) et *Lawson Tait* (4), dont je ne possède pas d'observations personnelles. J'ai employé pendant longtemps le procédé de *Hegar* (5), en opérant tout simplement, d'après ses instructions, la colpopérinéorrhaphie. Dans ces six dernières années, je suis intervenu le plus souvent d'après les principes de *Freund* (6), principes sur lesquels j'ai basé mon propre procédé. Le point essentiel de l'opération consiste dans la réunion des parties suivant leurs connexions anatomiques, et dans le ménagement de la colonne postérieure du vagin, qui est le support de la paroi vaginale postérieure.

Après avoir évacué le tube intestinal, désinfecté la région et endormi la femme dans la position indiquée par la fig. 15, on saisit la limite supérieure de la plaie périnéale avec une pince à griffes et on l'attire le plus possible vers l'orifice. Cette limite se trouve-t-elle sur les côtés de la colonne, la pince sera appliquée sur le repli latéral; est-elle sur la ligne médiane, ce sera celle-ci qui sera maintenue par l'instrument. Au-dessous de la colonne, à l'endroit où la déchirure se confond avec la ligne médiane, on appliquera deux autres pinces destinées à tendre le vagin, et, dans l'espace ainsi circonscrit, on avivera les parois de la cicatrice qui, après égalisation, seront immédiatement sutu-

(1) Biefel, *M. f. Geb.* XV, 1860, p. 401.
(2) Güterbock, *Arch. f. klin. Chir.* XXIV, 1879.
(3) Staude, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* V, 1880.
(4) Lawson Tait, *Obstetr soc. of London,* XXI, 1879-1880.
(5) Hegar, *Operative Gyn.*, p. 802, III. Ed.
(6) *Arch. f. Gyn.* VI. 1873. P. 317. Naturforscherv. von Wiesbaden.

rées. (Fig. 91.) Lorsque la suture atteint le niveau du bord inférieur de la colonne postérieure du vagin, on ôte les pinces à griffes, et, après avoir refoulé le conduit vaginal, on dessine le lambeau qui, partant des deux côtés de la limite inférieure de la colonne, se dirige vers le bord inférieur des petites lèvres, se termine en bas

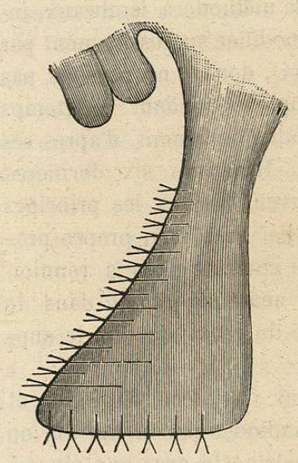

Fig. 91. — Suture interrompue dans la déchirure périnéale superficielle.

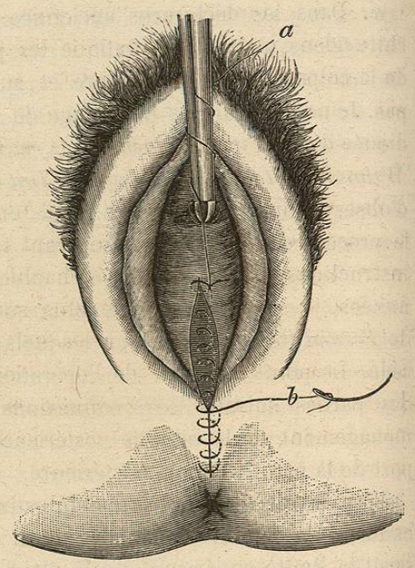

Fig. 92. — Déchirure superficielle du périnée. Suture étagée.
a. Extrémité supérieure du fil fixée par la pincette de Baumgärtner.
b. Fil en cours de suture muni de l'aiguille.

tout près de l'orifice anal et embrasse ainsi toute la déchirure au niveau de la fourchette. Après avivement approprié et égalisation de la région, on suture la plaie vaginale. Dès que les extrémités inférieures des petites lèvres sont réunies, les bords du raphé de nouvelle formation se trouvent également si rapprochés que leur affrontement ne présente plus aucune difficulté.

Lorsqu'il existe des déchirures des deux côtés de la colonne vaginale, on procède comme dans l'opération du prolapsus.

Toujours on opérera sous l'égide de l'irrigation permanente avec des solutions désinfectantes faibles. L'opération terminée, la femme sera recouchée, les membres inférieurs liés l'un à l'autre.

En raison des succès obtenus dans l'opération du prolapsus, on fera bien d'employer également ici la ***suture continue avec les fils de catgut*** au genièvre. On obturera ainsi la déchirure du vagin latérale à la colonne postérieure avec un fil unique et on réunira le reste de la plaie, comme on le fait dans la périnéauxèsis. (Fig. 92.) De cette suture étagée des surfaces, il résultera une épaisseur considérable des tissus.

Le ***traitement consécutif*** est analogue à celui de l'opération du prolapsus.

b. Lorsqu'il s'agit d'une déchirure ***complète***, il faut restaurer les conduits vaginal et intestinal et le périnée lui-même. L'avivement peut rencontrer de très grands obstacles dans les cas où la cicatrice est très étendue, et où l'intestin, dont la muqueuse fortement distendue saigne au moindre contact, laisse, faute de soins préalables, échapper son contenu pendant toute la durée de l'intervention. Aussi, pour ces cas, une préparation préalable des malades est-elle indispensable. Après les avoir purgées énergiquement pendant quelques jours, je ne leur fais prendre, depuis la veille de l'opération au soir jusqu'au moment de l'opération elle-même, que des aliments liquides en petite quantité. Je les fais baigner à différentes reprises dans des solutions désinfectantes ; je leur fais donner des injections, et le matin, quatre à cinq heures avant l'opération, on leur administre un grand lavement d'eau tiède.

Je couche la femme dans le décubitus dorso-sacré et je commence à aviver les bords là où la déchirure vaginale, qui d'ordinaire remonte toujours plus haut que la déchirure périnéale, embrasse la colonne postérieure. L'avivement se trouve donc, là aussi, sur les côtés du vagin. Il faut que cet avivement remonte assez haut, afin que la cloison recto-vaginale acquière le plus d'épaisseur possible dans cette région déjà et avant qu'on n'arrive, dans le courant de la suture, au sommet de la lésion intestinale. (Fig. 93.)

L'étendue restreinte de la cloison à cet endroit entrave considé-