rablement la suture et compromet souvent le succès par le développement d'une fistule recto-vaginale.

Dans son trajet vers la partie inférieure du vagin, c'est-à-dire jusque vers l'ouverture vulvaire, l'avivement devra suivre de très près les bords de la déchirure. Au niveau de l'entrée du vagin, les surfaces de section devront atteindre la périphérie inférieure

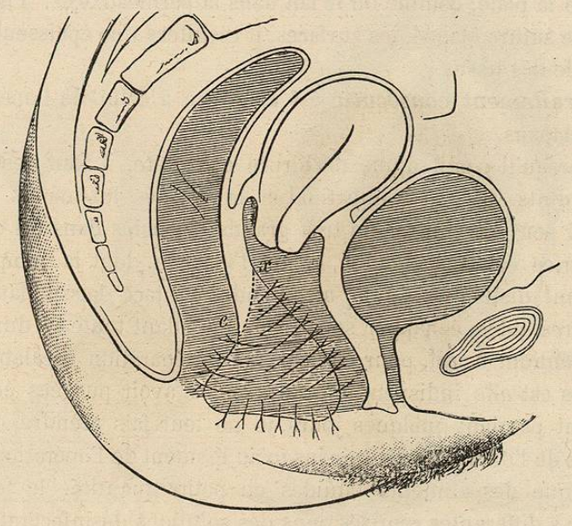

Fig. 93. — Sutures interrompues dans la déchirure entéro-périnéale. (D'après Hegar et Kaltembach, *Gynécologie opératoire*, 3e éd.)

des nymphes, de façon à permettre la création d'un périnée ayant de l'étendue.

La ***suture continue au catgut*** débute, comme pour la colporrhaphie postérieure, par l'angle supérieur de la plaie, obture d'abord l'intestin avec des points qui partent de la muqueuse intestinale, pénètrent à travers la surface saignante et ressortent à nouveau dans l'intestin. La déchirure intestinale une fois close jusqu'au niveau de l'anus, on pose avec le même fil, mais courant en sens contraire, un premier étage de sutures dans la plaie elle-même, étage qui remonte dans le vagin jusqu'à l'angle supérieur

qui a servi de point de départ. Si cet étage unique est suffisant, on réunit les lèvres externes de la plaie vaginale d'abord et celles du périnée après ; si, au contraire, les surfaces saignantes sont encore trop grandes, on applique un second étage de sutures avant de procéder à l'occlusion définitive. (Fig. 94.)

Dans ces derniers temps j'ai fréquemment fait mes sutures superficielles avec des fils de catgut à points interrompus.

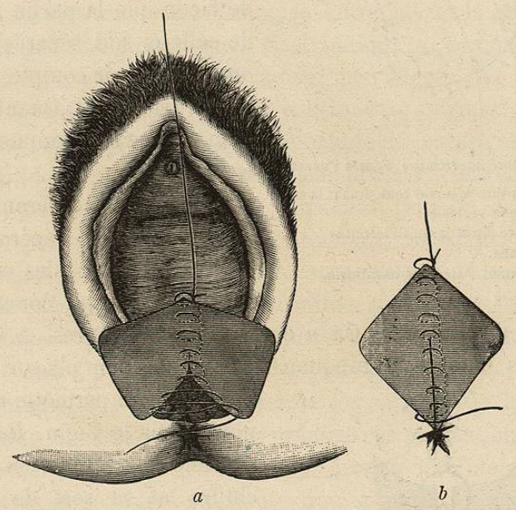

Fig. 94. — Surface d'avivement et suture continue dans la déchirure périnéale profonde.
a. Étage profond.
b. Point de transition du premier étage de suture au second.

Lorsqu'on emploie la ***suture interrompue***, on passe d'abord deux à trois fils à travers l'intestin et on les noue sur la muqueuse. Puis on en fait autant pour le vagin. On continue ainsi, de façon à ce que les parties profondes des fils vaginaux et intestinaux alternent entre elles. L'occlusion de l'intestin terminée, il ne reste plus qu'à fermer le segment inférieur de l'orifice vaginal pour que la lésion vaginale soit complètement obturée à son tour. A ce moment, les bords de la plaie dont l'adaptation formera le raphé périnéal se juxtaposent très étroitement, ce qui rend leur réunion

très facile à l'aide de quelques sutures superficielles. La seule précaution à prendre est de ne point laisser de vides dans la profondeur. On coupe les fils à ras, on nettoie soigneusement la plaie et on transporte la malade dans son lit, les cuisses liées l'une à l'autre.

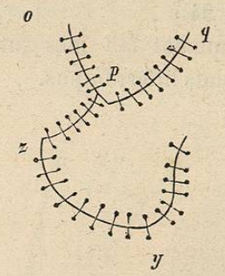

Fig. 95. — Suture interrompue, d'après Freund.
o, p, q : déchirure vaginale contournant la colonne vaginale.
p, z : suture allant jusqu'à l'introïtus.
z, y : périnée.
de *y* en remontant : cicatrice intestinale.

Lorsque la cicatrice intéresse la colonne postérieure du vagin, de façon que la partie inférieure de celle-ci soit séparée du reste, on devra tenir compte de ce fait dans l'avivement. Quant à la réunion, elle se fera comme l'indique la figure 95.

On a proposé différentes modifications pour l'opération des déchirures périnéales complètes, surtout en ce qui concerne l'application des sutures. On a cherché, entre autres, à éviter de nouer les fils sur la muqueuse intestinale, en plaçant un huit de chiffre qui permette de faire le nœud dans le vagin. *Heppner* (1) emploie la suture en huit de chiffre et se sert de fils métalliques; il procède comme l'indique la figure 96, et fait un nœud à la fois dans l'intestin et dans le vagin. Je n'ai pas d'expérience personnelle à ce sujet; mais cette suture, me dit-on, est employée couramment en Russie. D'autres ont cherché à ne poser que très superficiellement les fils intestinaux. A partir de la suture vaginale supérieure, tous leurs fils pénètrent dans le périnée et en ressortent, de manière à fermer à la fois le périnée

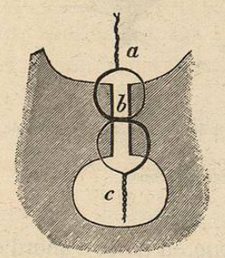

Fig. 96. — Suture de Heppner.
a. Vagin.
b. Déchirure.
c. Rectum.

(1) *Archives de Langenbeck*, t. X et XV.

et le vagin. — C'est là, à peu de chose près, le procédé de *Hildebrandt* (1) et celui de *J. Veit* (2) pour les déchirures récentes; eux aussi donnent comme point de départ à leurs fils la région périnéale. Le nombre restreint de cas où j'ai usé de ce genre de suture me permet de m'associer à ceux qui reprochent à ce procédé de ne pas favoriser précisément la guérison, en raison de la constriction qu'il exerce sur les surfaces à réunir.

Il est incontestable qu'en serrant les fils un peu énergiquement les tissus se trouvent assez étranglés entre les trois groupes de sutures, et que finalement, après cicatrisation, le périnée de nouvelle formation peut être relativement peu élevé. Ces inconvénients n'existent pas avec la suture continue au catgut.

Pour les éviter, *Werth* (3) a recommandé la suture étagée au catgut, à l'aide de laquelle les surfaces de la plaie sont réunies par segments, par étages. On obtient ainsi une réunion de plus de largeur et par conséquent une cloison plus résistante. Les avis sont partagés au sujet de ces sutures souterraines. J'ai employé le procédé de *Werth* cinq fois et les résultats n'ont pas été bien brillants; j'ajouterai cependant que, dans ces cas, le catgut était peut-être trop vieux. Quoi qu'il en soit, le conseil de *Werth* m'a servi d'avertissement, et j'évite de resserrer les surfaces de la plaie au point de trop les réduire. C'est en prenant ces précautions que j'ai réussi, même sans sutures profondes, à créer une cloison recto-vaginale très large et très résistante, que la rétraction cicatricielle ne diminue que de bien peu.

Comme ***traitement consécutif*** de l'opération de la ***déchirure périnéale complète,*** les uns proposent d'interrompre pendant un certain temps le ***fonctionnement de l'intestin;*** les autres, au contraire, le provoquent immédiatement après. Quoique je n'aie pas vu cette seconde manière de faire être toujours suivie d'accidents, je ne puis cependant me décider à l'employer. Quant à l'interruption de l'activité intestinale, elle expose à de grands inconvénients. J'ai vu chez des malades, nourries avec des aliments exclusivement liquides et en petite quantité, se former quand même des

(1) *D. neue Gyn.-Klin. in Königsberg*. 1876, p. 45.
(2) *Deutsche med. Woch*. 1881, p. 280.
(3) *Centralbl. f. Gyn*. 1879, n° 23.

masses stercorales qui, au moment de leur évacuation, douze ou quinze jours après, firent éclater la jeune cicatrice : c'est là une affaire extrêmement variable suivant les sujets.

Voici comment je traite mes malades, même celles qui sont condamnées à un alitement prolongé.

Les premiers jours, tant que dure la tendance au vomissement, les malades restent à la diète. Puis on leur donne un peu de nourriture liquide, et le quatrième ou le cinquième jour on leur administre 20 à 30 grammes d'huile de ricin. Si la première dose purgative reste sans effet, on la renouvelle le lendemain, et toujours avec succès. A partir de ce moment, alors même que les femmes sont bien et régulièrement nourries, les selles n'exercent plus, en général, aucune influence fâcheuse sur la cicatrisation. Les malades éprouvent un très grand soulagement de l'introduction dans le rectum, quelques heures après l'opération, d'une petite canule molle en gomme. Les gaz, qui sont parfaitement capables de faire sauter la jeune cicatrice, s'échappent à travers cet appareil et n'amènent plus ce malaise pénible qui se produit, quelquefois dès le second jour et malgré tout, à l'occasion du réveil des contractions peristaltiques.

Lorsque la femme ***prend trop tôt la position assise,*** la cicatrisation court un grand danger. Combien de fois n'ai-je pas vu le périnée et l'intestin bien cicatrisés se déchirer à nouveau, au moment où la femme faisait un brusque mouvement pour s'asseoir. — Pour permettre la position assise, il faut que les malades aient gardé le repos horizontal au moins pendant trois semaines : ce n'est qu'à cette époque que la cicatrice périnéale a acquis une résistance suffisante. En outre, on ne fera des lavages de la région opératoire que quand celle-ci aura été souillée par l'urine ou les fèces. Je laisse, quant au reste, la plaie complètement en repos; et je ne la recouvre ni avec une substance antiseptique telle que l'iodoforme, ni avec de l'ouate ou un autre corps analogue. Il est complètement inutile d'enlever les fils de catgut. Quant aux fils de soie appliqués sur l'intestin, souvent ils se coupent en partie, tombent dans le canal et sont évacués avec les selles. Les sutures périnéales seront enlevées, avec les plus minutieuses précautions, du dixième au douzième jour, la femme restant au lit; enfin quant aux fils intra-vaginaux je les retire peu à peu et sans me presser.

Comme accidents consécutifs à la périnéorrhaphie, je n'ai constaté jusqu'à présent que des désordres dans la réunion, provoqués par de gros amas de matières fécales. *J. Veit* (1) a recommandé de restaurer ces déchirures nouvelles par éclatement, à l'aide d'une ***suture secondaire*** après avivement des granulations. Je préfère — et mon opinion est basée sur un échec que j'ai essuyé avec le procédé de *Veit* — laisser les femmes se remettre et attendre la cicatrisation. Il arrive quelquefois, la propreté aidant, que la plaie se ferme de telle façon que tous les malaises disparaissent et qu'on puisse renvoyer les malades chez elles en convalescence, avant de revenir à une nouvelle intervention exigée par la réapparition des accidents. Ceux-ci fussent-ils prononcés, les soins que recevront les malades chez elles pendant quelques semaines ne feront qu'accroître les chances de guérison pour l'opération nouvelle.

Lorsqu'au bout de vingt à trente jours je donne aux opérées leur exeat, je leur recommande de prendre des injections vaginales avec du vinaigre de bois jusqu'à ce que, dans le courant des deux ou trois mois qui suivent, tous les fils de soie soient tombés. A ce moment, les irrigations devront être additionnées de teinture d'iode. Pendant tout ce temps on veillera au bon fonctionnement de la nutrition. Six semaines après l'opération, la malade commencera également à prendre des bains de siège avec une décoction d'écorce de chêne. Quant aux rapports sexuels je les défends d'une façon absolue pendant les six premiers mois.

IV. — Inversion utérine

L'inversion utérine est généralement la conséquence d'un trouble de la période de délivrance. Elle est le plus souvent le résultat de tractions maladroites exercées sur le cordon ombilical et, par l'intermédiaire de celui-ci, sur le placenta lui-même, tractions jadis fortement recommandées, et recommandées encore aujourd'hui

(1) *Loc. cit.*