

LIVRE XV

MALADIES DE LA VULVE

CHAPITRE I

DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Pathogénie. Étiologie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Déchirures récentes; suture immédiate; suture immédiate secondaire. Déchirures anciennes. Aperçu historique de la périnéorrhaphie: 1° Déchirures incomplètes et relâchement du périnée: procédé de Simon; procédé d'Emmet; procédé de Lawson Tait. 2° Déchirures complètes: procédé de Simon et Hegar; procédé de Freund; procédé de Hildebrandt; procédé de Heppner; procédé de Lauenstein; procédé de A. Martin; procédé de Le Fort; procédé de Richet; procédé d'Emmet; procédé de Lawson Tait; procédé de Simpson; procédé de Fritsch. — Soins consécutifs à la périnéorrhaphie. — Pronostic et résultats. — Choix du procédé.

Pathogénie. Étiologie.

Pathogénie. Étiologie. — Le périnée est un plancher fibro-musculaire résistant, qui ferme inférieurement la cavité abdominale et supporte le poids des viscères qui y sont contenus. Vu de dedans en dehors, il se présente sous la forme d'un entonnoir très largement évasé, prenant ses attaches sur le pelvis, excentriquement percé, à sa partie antérieure, d'un orifice pour le passage du vagin. Vu de l'extérieur, le périnée est réduit à l'espace compris entre la fourchette et l'anus, formant la base d'une sorte de pyramide triangulaire; son plan profond répond à la peau et à l'entre-croisement du sphincter de l'anus, du constricteur de la vulve et du transverse, tandis que le sommet de la pyramide se perd dans la cloison recto-vaginale. L'un des côtés est longé par le vagin, et son bord inférieur est ourlé et renforcé par l'hymen ou ses vestiges; l'autre côté est tangent au rectum; les parties latérales du prisme périnéal ont pour appui, profondément, les bords internes des releveurs de l'anus, attachés sur les côtés au rectum; ces muscles, par l'intrication inférieure de leurs fibres, forment un véritable soutien à toute la région.

Au moment de l'accouchement, la vulve doit donner passage au fœtus, dont les dimensions sont excessives, relativement à l'orifice qu'il traverse. Il ne peut y parvenir, sans causer d'effraction, que grâce à un double artifice: l'imbibition de toutes les parties molles, par suite de la congestion veineuse intense de la fin de la grossesse; l'élasticité des plans musculaires et cutanés.

Quand l'une de ces conditions normales fait défaut, le périnée cède et se déchire. Cet accident arrive dans diverses circonstances: rigidité exceptionnelle des tissus chez les primipares âgées, ou présentant une étroitesse spéciale de la vulve; volume excessif ou position postérieure non réduite de la tête fœtale; passage trop brusque de la tête et des épaules; étroitesse de l'arcade pubienne; bassin vicié par une position trop perpendiculaire du sacrum qui permet à la tête de se porter trop en arrière, comme en cas de bassin plat ou rachitique; application de forceps mal faite; introduction trop hâtive de la main dans le vagin, pendant la version; ulcérations syphilitiques, etc.

Dans l'accouchement, ce n'est donc pas le revêtement cutanéomuqueux de la commissure vulvaire qui forme le principal obstacle à la distension, mais les fibres musculaires qui la doublent immédiatement. Ces fibres seraient, pour Olshausen, celles du constricteur de la vulve; pour H.-A. Kelly, les fibres les plus internes du releveur de l'anus à leur insertion sur le rectum. Budin¹ paraît attacher moins d'importance au plan musculaire et pense que la rigidité de la vulve provient de l'hymen. La déchirure hyménale peut, en cas de distension exagérée, jouer, selon l'expression de Pajot, le rôle du coup de ciseaux du commis de nouveautés qui veut déchirer une étoffe. Il ne semble pas pourtant que les déchirures des parties molles superficielles soient le phénomène initial. Il se fait d'abord, je crois, des ruptures sous-cutanées des fibres musculaires qui renforcent la résistance tégumentaire. Cette rupture profonde peut même rester isolée si la vulve se laisse suffisamment dilater, et au lieu d'une rupture apparente du périnée, on n'a plus qu'un **affaiblissement du périnée**, dont le rôle étiologique est très important pour la production du prolapsus génital².

¹ P. BUDIN (*Semaine méd.*, 1887, p. 90) fait remarquer qu'on doit souvent accuser, comme cause de rupture du périnée, dans des conditions normales, une faute de l'accoucheur inexpérimenté, qui ne s'oppose pas à la sortie brusque de la tête pendant un effort violent de la femme, et qui ne prend pas la précaution de ne la laisser se dégager que dans l'intervalle de deux contractions. Une fois que le sous-occiput s'est adossé à la symphyse, la *vis à tergo* projette la tête trop en bas et c'est la réaction du périnée qui refoule le bregma, puis le front, puis la face en avant et en haut. L'accoucheur doit atténuer la distension périnéale, en pressant avec les doigts de bas en haut pour aider au mouvement d'ascension du front et de déflexion de la tête.

² HOWARD A. KELLY. *Injuries and lacerations of the perineum*, in *A System of Gynecology*, Philadelphie, 1888, t. II, p. 726.

Ce n'est que si la fourchette n'est pas assez élastique, même après la rupture de la sangle musculaire qui la bridait profondément, qu'elle se fend à son tour et que la déchirure périnéale se produit. Celle-ci s'opère le plus souvent un peu sur le côté gauche, très près de la ligne médiane, et s'étend plus ou moins loin : tantôt elle ne dépasse pas le tégument; tantôt elle entame l'orifice anal et remonte plus ou moins haut, le long de la cloison recto-vaginale.

Le mécanisme des ruptures centrales, qui sont très rares, est analogue : la tête, mal dirigée, passe en arrière vers le milieu du périnée, qu'elle distend et fait éclater; puis, après le répit qui suit la diminution momentanée de la distension, elle peut remonter légèrement, se diriger vers l'orifice vulvaire et le franchir, en y causant encore une rupture plus ou moins étendue. D'autres fois, comme dans un cas de Simpson, l'enfant passe par l'ouverture centrale¹.

Les traumatismes divers sont encore une cause de déchirure du périnée, mais relativement rare; coup de corne, coup de fourche, chute à califourchon sur un objet pointu, etc.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — La description suivante s'applique aux seules déchirures anciennes, cicatrisées.

C'est à la fourchette, un peu à côté de la ligne médiane, que se fait la déchirure. Elle est dite **incomplète**, quand elle n'arrive pas jusqu'à l'anus, **complète** dans le cas contraire.

Dans la **déchirure incomplète**, on peut, en outre, distinguer deux variétés, selon que la fourchette seule est entamée ou que la déchirure est plus profonde, et comprend le plan musculaire, sans rompre pourtant le sphincter de l'anus.

La vulve paraît allongée en arrière et béante; on trouve, au niveau de la fourchette, une surface cicatricielle lisse; si la lésion est ancienne, il y a presque toujours un peu de cystocèle et même d'abaissement de l'utérus.

Dans la **déchirure complète**, les orifices vulvaire et anal sont réunis et forment une sorte de cloaque où proéminent souvent des plis et des bourrelets de muqueuse hémorroïdaire. La cloison recto-vaginale est arrondie en plein cintre ou en ogive; du sommet de la courbe se détache, parfois, un petit lambeau triangulaire, sous forme de pendentif. En effet, la colonne postérieure du vagin est souvent isolée par deux déchirures latérales qui lui donnent l'aspect d'une lnette flottante. Plus souvent encore, la déchirure a passé sur le côté gauche de cette saillie. Le tissu cicatriciel déforme, du reste, la région de manière très variable, épaississant l'un des bords de la fente, amincissant l'autre, jetant parfois, entre eux, des brides en guise de ponts

¹ J.-Y. SIMPSON. *Edinb. med. Journ.*, juill. 1855, t. 1, p. 1.

(fig. 450). Cette division peut se poursuivre jusqu'au cul-de-sac postérieur du vagin.

Sur les limites inférieures de la déchirure, les bords sont attirés en haut par la contraction des fibres du releveur de l'anus. On peut

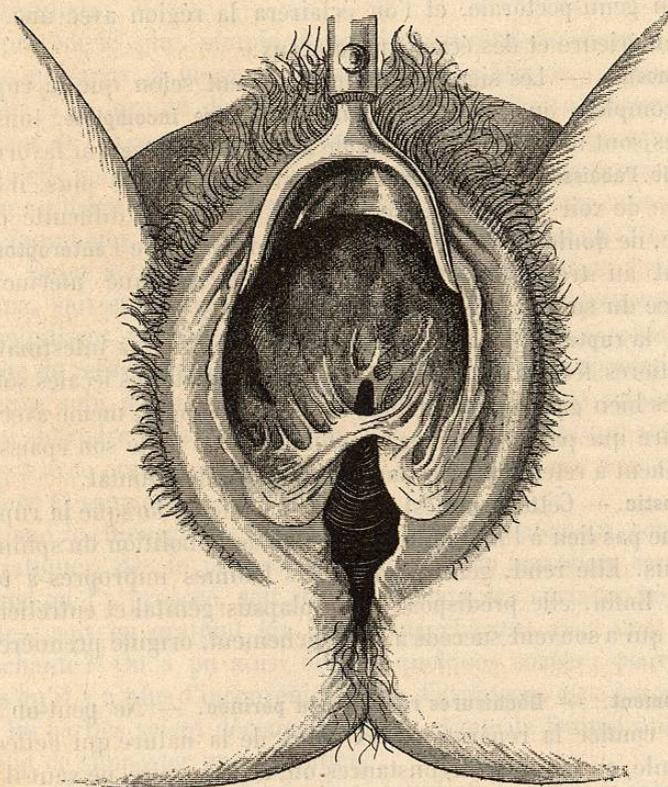


Fig. 450. — Rupture complète du périnée et d'une partie de la cloison recto-vaginale.

quelquefois discerner une petite fossette latérale qui correspond au moignon rétracté du sphincter.

On a distingué deux variétés dans les ruptures complètes, selon que le sphincter et l'orifice anal seuls sont rompus, ou que la division est étendue à la cloison recto-vaginale (Gaillard Thomas). Cette distinction offre une certaine importance au point de vue opératoire, car la réparation de la cloison nécessite un temps spécial.

Il est habituel de voir des déchirures profondes du col coïncider avec celles du périnée et s'accompagner de métrite. Gaillard Thomas a prétendu que le vagin restait lui aussi, dans ces cas-là, en sub-

involution¹. On observe assez souvent de la cystocèle et du prolapsus utérin.

Symptômes.

Symptômes. — L'examen au toucher et au spéculum révèle les désordres que je viens d'indiquer. Pour le pratiquer, on devra placer la femme alternativement dans la position dorso-sacrée et dans la position genu-pectorale, et l'on éclairera la région avec une large valve antérieure et des écarteurs latéraux.

Diagnostic.

Diagnostic. — Les signes rationnels varient selon que la rupture est incomplète ou complète. Dans la rupture incomplète, tous les troubles sont imputables à la simple béance de la vulve qui favorise la cystocèle, l'abaissement de l'utérus et aussi la métrite. De plus, il n'est pas rare de voir les femmes se plaindre de grande difficulté de la marche, de douleurs vagues, qui sont du domaine de l'entéroptose, et tiennent au trouble profond apporté à la statique utérine par l'absence du soutien périnéal.

Dans la rupture complète, il y a incontinence des gaz intestinaux et des matières fécales liquides, tandis que les matières fécales solides sont très bien gardées². Toutefois, certaines malades, même avec une déchirure qui paraît entamer le sphincter dans toute son épaisseur, parviennent à retenir les gaz dans le décubitus horizontal.

Pronostic.

Pronostic. — Cette lésion est fort pénible, même lorsque la rupture ne donne pas lieu à l'infirmité qui résulte de l'abolition du sphincter de l'anus. Elle rend, généralement, les femmes impropres à toute fatigue. Enfin, elle prédispose au prolapsus génital et entretient la métrite qui a souvent succédé à l'accouchement, origine première des lésions.

Traitement.
Déchirures récentes.
Suture immédiate.

Traitement. — Déchirures récentes du périnée. — Ne peut-on pas souvent confier la réparation aux soins de la nature qui l'effectue toute seule, en maintes circonstances ou, au contraire, ne vaut-il pas mieux aider et diriger cette réparation, le plus souvent insuffisante ou défectueuse, en faisant la suture immédiate? Cette question a été très controversée, mais surtout à une époque où l'ignorance des bienfaits de l'antisepsie et de l'asepsie rendaient les succès fort aléatoires. Assurément, comme on l'a dit, dans certaines circonstances, on fera mieux de s'abstenir, si la femme est, par exemple, très épuisée, qu'on manque des aides nécessaires³, etc. Mais de pareilles contre-indications n'ont rien de spécial à cette opération. En somme, il faut réparer les lésions d'emblée toutes les fois que cela est possible; on a même réussi quand la région paraissait très contuse et se prêter mal à un essai de réunion primitive. Cette conduite a l'avantage d'éviter

¹ GAILLARD THOMAS. *Mal. des femmes*, trad. franç., p. 109.

² G. BOUILLY. *Manuel de pathologie externe*, t. IV, p. 319.

³ HEGAR et KALTENBACH. *Gynéc. opérat.*, trad. franç., p. 614.

une opération ultérieure plus complexe et de fermer la porte aux inoculations. La cicatrisation spontanée, qui est possible, sans intervention, dans les déchirures très superficielles, est fort exceptionnelle dans les déchirures profondes. Quoique Pajot, Tarnier et Guéniot en aient observé des exemples, on ne saurait compter sur d'aussi heureux résultats.

Le procédé le plus simple et le plus expéditif de réunion est la suture en surjet, à étages superposés¹, qu'on fera en s'efforçant de rétablir la continuité des parties telle qu'elle était auparavant, en profitant de l'avivement naturel constitué par la plaie, quelque étendue qu'elle soit. Cette suture est infiniment préférable aux serre-fines, qui ne suffisent que pour les déchirures du repli cutanéomuqueux de la fourchette. Du reste, l'anesthésie générale n'est pas indispensable. Grâce à la célérité du procédé, des applications locales de cocaïne, soit en badigeonnages, soit en injections hypodermiques, insensibilisent très bien les parties. On n'a pas à se préoccuper ensuite de retirer les fils de catgut, qui se dissolvent spontanément. On aura soin de maintenir les jambes de la malade rapprochées, de lui défendre de s'asseoir dans son lit, durant quinze jours. On veillera avec grand soin à la propreté de la région, qui sera lavée au sublimé et saupoudrée d'iodoforme.

Quand le chirurgien n'a pu intervenir immédiatement, convient-il de pratiquer, dès le premier mois, la réunion immédiate secondaire, comme on l'a proposé, soit en rapprochant les surfaces bourgeonnantes, soit en grattant les bourgeons charnus avec une curette tranchante?² On a pu ainsi obtenir quelques succès; pourtant, je crois qu'il y a plus d'inconvénients que d'avantages à ne pas attendre que les parties soient décongestionnées et que la femme soit mieux en état de supporter une opération.

Verneuil³ a préconisé la réunion immédiate secondaire même dans des cas anciens. Il se sert du thermo-cautère pour pratiquer l'avivement et fait les sutures à la chute des eschares. Il ne faut pas confondre ce procédé avec la cautérisation angulaire de la déchirure, analogue à celle que J. Cloquet pratiquait pour les fissures palatines, et qui a pu, dans quelques cas, être utilisée pour diminuer une division étendue de la cloison recto-vaginale. Je m'en suis moi-même alors servi avec succès.

¹ DOLÉRIIS. *Périnéorrhaphie immédiatement après l'accouchement, au moyen des sutures continues* (*Arch. de tocol.*, 1885, p. 174).

² MAISONNEUVE. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1849, t. I, p. 265. — NÉLATON. *Éléments de pathol. chirurg.*, t. V, p. 859. — J. HOLST. *Monatschr. f. Geb.*, 1865, t. XXXI, p. 503. — E. SCHWARTZ. *Revue de chir.*, 1885, p. 966. — H. DAVOT. *Contribution à l'étude de la périnéorrhaphie*. Thèse de Paris, 1886.

³ VERNEUIL. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 514.

Suture immédiate secondaire.

Déchirures anciennes. Aperçu historique de la périnéorrhaphie.

Déchirures anciennes du périnée. — Aperçu historique. La première opération de rupture du périnée par la suture paraît avoir été conçue et proposée par Ambroise Paré et exécutée pour la première fois par Guillemeau, chirurgien français, au XVII^e siècle¹. Au siècle suivant, de La Motte, Smellie, Noël (de Reims), Murena, Saucerotte, la tentèrent avec plus ou moins de réussite². A l'époque actuelle, Dieffenbach³, en Allemagne, a été le promoteur d'une méthode qui a servi de type à de nombreux procédés et qui a été perfectionnée et introduite en France par Roux⁴. Ce qui caractérise essentiellement le procédé de Dieffenbach, outre le large avivement, ce sont les incisions libératrices, dont on retrouve plus tard la trace dans le débridement du sphincter de Mercier⁵ et de Baker Brown⁶; le point capital du procédé de Roux était la suture enchevillée d'une plaie beaucoup plus large que celles qu'on osait fermer avant lui. Avec Langenbeck prend naissance une méthode nouvelle, la périnéo-synthèse, basée sur la combinaison de l'avivement et de l'autoplastie par dédoublement; elle a donné naissance, en France, aux procédés de Demarquay⁷, Richet⁸, Le Fort⁹, Marc Sée¹⁰, Polaillon¹¹; en Allemagne, il faut citer Simon¹², Freund¹³, Hildebrandt¹⁴, Wilms¹⁵, Staude¹⁶, Bischoff¹⁷, Hegar¹⁸, pour ne nommer que les principaux.

En Amérique, Marion Sims appliquait, dès 1855, à la rupture du périnée, les principes si simples et si précis qui l'avaient guidé dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Débarrassant l'opération de toute complication inutile, et notamment des divers plans de suture, il reprit tout simplement le procédé de Roux, en augmentant la hau-

¹ J. GUILLEMEAU. *Oeuvres de chirurgie*, Rouen, 1649.

² Voir, pour l'histoire, VERNEUIL. *Gaz. hebdomadaire*, 1862, p. 369 (art. reproduit dans *Mém. de chir.*, t. I, p. 954).

³ J. F. DIEFFENBACH. *Die operative Chirurgie*, Leipzig, 1845.

⁴ ROUX. *Gaz. méd. de Paris*, 1854, t. II, p. 17.

⁵ MERCIER. *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1859, p. 89.

⁶ BAKER BROWN. *The surgical diseases of women*. Londres, 1866.

⁷ DEMARQUAY. *Gaz. des Hôp.*, 24 sept. 1864, p. 445. — E. BOURDON. *Des anaplasties périnéo-vaginales*. Thèse de Paris, 1875.

⁸ RICHEL. *Union méd.*, 1869, p. 65. — PICQUÉ. *Encycl. intern. de chir.*, édit. franç., t. VII, p. 753.

⁹ LE FORT. *Manuel de méd. opér. de Malgaigne*, 9^e édit., 1889, t. II, p. 716.

¹⁰ MARC SÉE. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 560.

¹¹ POLAILLON. *Ibid.*, p. 242. et *Arch. de tocol.*, 1885, p. 293.

¹² G. SIMON. *Mittheilungen aus der chir. Klinik des Rostocker Krankenhauses*, 1861-1865, p. 241.

¹³ FREUND. *Ueber Dammplastik* (*Arch. f. Gyn.*, 1874, Bd. VI, p. 317).

¹⁴ HILDEBRANDT. *Die Krankh. der weibl. Genitalien*. Stuttgart, 1877.

¹⁵ Voir GÜTERBROK (élève de WILMS). *Arch. f. klin. Chir.*, 1879, t. XXIV, p. 108.

¹⁶ STAUDE. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 71.

¹⁷ Voir W. MATZINGER (élève de BISCHOFF). *Zur Kolpoperineoplastik nach Bischoff* (*Wien. med. Blätt.*, 1880, t. III, p. 705, 728, 758, 781, 802, 829, 854, 875, 901 et 972).

¹⁸ HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, p. 607.

teur de l'avivement et en employant les fils métalliques; c'était une très grande simplification, qui précéda et prépara le procédé de son élève et ami, Emmet¹. L'originalité de celui-ci consiste à la fois dans le mode de suture qui a pour effet de rapprocher la plaie, en la fermant comme on ferme une bourse, et dans le soin apporté au rapprochement des deux bouts du sphincter divisés par l'application d'un fil spécial, dit fil sous-sphinctérien, très profond et très oblique d'arrière en avant. Ce procédé, qui dérivait de celui de Marion Sims perfectionné, fut vulgarisé en France par Jude Hüe² (de Rouen), et aussitôt accepté par la majorité des chirurgiens. Verneuil³ et Trélat⁴, notamment, renoncèrent pour lui à des procédés qu'ils avaient auparavant employés.

On put croire un moment que la technique opératoire était arrivée à son plus haut degré de simplification. Il n'en était rien cependant: Lawson Tait⁵, perfectionnant un procédé dû à J. Duncan et à Simpson⁶ (d'Edimbourg), réduisait l'opération de la périnéorrhaphie à un dédoublement rapide, suivi de l'application de quelques points de suture; l'opération durait, en tout, de 5 à 10 minutes. Cette technique a rapidement été adoptée en Amérique et en Allemagne, avec ou sans modifications⁷.

¹ T.-A. EMMET. *Med. Record*, 1872, p. 121. — *The principles and practice of gynecol.*, 5^e édit., 1885, p. 379.

² GUÉNIOT. *Rapport sur un mémoire de JUDE HÜE* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 avril 1876, p. 291). — KIRMISSON, *ibid.*, 1885, p. 228, 237 et 240. — JUDE HÜE, *ibid.*, 1886, p. 705.

³ VERNEUIL. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1861, t. XXXVI, p. 173.

⁴ BORAUD (élève de TRÉLAT). *Étude sur la périnéorrhaphie*. Thèse de Paris, 1879.

⁵ La première description du procédé de L. TAIT a été faite par HEIBERG (de Copenhague). *Om Perinæorrhaphie til Lawson Tait's Methode* (*Gynäk. og obst. Meddel.*, 1887, Bd. VI, Heft 3). — Un travail très important a été publié ensuite par SÄNGER. *Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung* (*Samml. klin. Vorträge*, 1887, n° 591). D'après SÄNGER, L. TAIT aurait été précédé dans cette modification opératoire par Voss (de Christiania). Mais il faut avouer que ses opérations n'avaient eu aucun retentissement. — Voir aussi SÄNGER *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 47, p. 765.

⁶ HART et BARBOUR. *Manuel de gynécologie*, trad., franç., 1886, p. 600.

⁷ H. FRITSCH (*Ueber Perineoplastik*, in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 50, p. 475) ne paraît pas s'être inspiré du procédé de L. TAIT, quand il a préconisé, de son côté, le dédoublement comme mode unique d'avivement; son procédé de suture diffère, du reste, totalement de celui de L. TAIT.

Parmi les chirurgiens qui ont adopté plus ou moins complètement le procédé de L. TAIT, je citerai, outre SÄNGER, ZWEIFEL. *Deutsche med. Woch.*, 1888, p. 629. — MEINERT. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 40, p. 649. — ROKITANSKY. *Wien. klin. Woch.*, 1888, p. 249. — SCHAUTA, PIERING, RIEDINGER, *ibid.*, 1888, n° 26, p. 531. — A.-V. WINIWARDER, *ibid.*, 1888, p. 631, 654 et 682. — SCHUBERT. *Dissert. inaug.*, Greifswald, 1888. — A. MARTIN. *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 6, p. 108. — MENDES DE LEON (d'Amsterdam). *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 25, p. 408.

Par contre, le procédé de LAWSON TAIT a été combattu, en Allemagne, par HIRSCHBERG (de Francfort), SCHATZ, HEGAR. 5^e Congrès all. de gynéc. à Fribourg, juin 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 50, p. 515).

Je ne saurais avoir la prétention de décrire chacun des procédés dont j'ai fait l'énumération. Je me contenterai d'en exposer les principaux. J'ai pris soin, du reste, de donner des indications bibliographiques suffisantes pour qu'il soit facile de se reporter aux sources, en ce qui concerne les autres.

1° **Déchirures incomplètes du périnée.** — Tous les procédés de colpo-

1° Déchirures
incomplètes et
relâchement du
périnée.

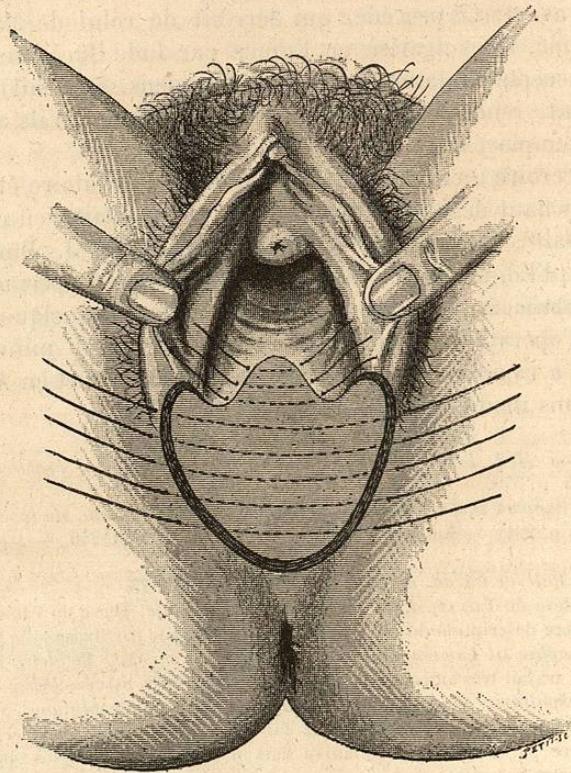


Fig. 451. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simon.

périnéorrhaphie, que j'ai indiqués au chapitre des prolapsus génitaux, trouvent ici leur application. Il n'y a qu'une différence de degré et une grande similitude entre les déchirures incomplètes et le relâchement du périnée qui est l'un des éléments de la plupart des prolapsus du vagin ou de l'utérus. Dans ce dernier cas, la peau a résisté et il n'y a pas de cicatrice extérieure, tandis que le contraire a lieu dans le premier cas. Mais il existe un facteur commun : la tonicité du plan musculaire profond a été forcée, la charpente fibreuse a été irrémédiablement distendue, et les conditions statiques de l'utérus ont été modifiées d'une façon similaire. On pourrait dire que le

relâchement périnéal est une véritable déchirure sous-cutanée. On se rend nettement compte de ce fait, en saisissant les tissus entre deux doigts introduits dans le vagin et le rectum; on constate, alors, la diminution de la pyramide charnue qui sépare ces conduits et sa moindre consistance. Cette lésion coïncide avec la forme évasée de la fourchette intacte, la béance de la vulve, que rend plus marquée la position de la femme en semi-pronation ou position de Sims, le moindre enfoncement de l'orifice anal, et une particularité qui pourrait donner le change, la largeur inusitée du périnée, qui s'est affaissé et étalé.

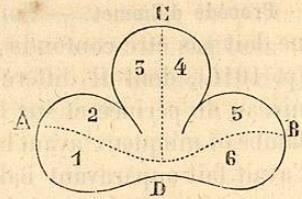


Fig. 452. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé d'Emmet (schéma).

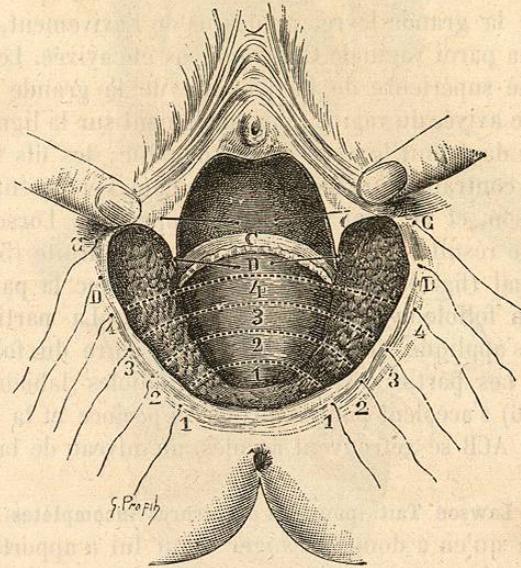


Fig. 453. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé d'Emmet.

Je ne reviendrai pas sur les moyens de consolidation du périnée que j'ai décrits; la colpo-périnéorrhaphie de Hegar, le périnéauxésis de A. Martin, la périnéoplastie par glissement de Doléris, etc. (p. 536 et suiv.).

Je me bornerai, sans le décrire, à donner la figure du procédé de Simon pour la rupture incomplète¹ (fig. 451); ce procédé d'avive-

Procédé de
Simon.

¹ P. ZWEIFEL. *Die Krankheiten der äussern weibl. Genitalien und die Dammriss* Deutsche Chir., Lief. 61, 1885, p. 116).

ment et de suture a inspiré celui de Hegar pour les ruptures complètes.

Procédé d'Emmet.

Procédé d'Emmet. — Son procédé destiné aux ruptures incomplètes ne doit pas être confondu avec son procédé pour la rupture complète (p. 1016), dont il diffère essentiellement. Ce chirurgien enlève, au niveau du périnée et sur le côté interne et inférieur de la vulve, un lambeau muqueux ayant la forme de deux folioles (fig. 453), comme l'avait fait auparavant Baker Brown. Emmet dépouille aussi de sa muqueuse toute la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure, avoisinant la fourchette. Le but qu'il se propose est non pas de réunir, comme dans les autres procédés, les parties gauches de l'avivement aux parties droites, en les pliant en quelque sorte sur la ligne médiane, mais bien d'attirer la partie vaginale avivée derrière la partie vulvaire également avivée, de manière à les renforcer l'une par l'autre et à les dédoubler. Pour obtenir ce résultat, le fil C (fig. 454) qui traverse la grande lèvre, au-dessus de l'avivement, passe dans la partie de la paroi vaginale C qui n'a pas été avivée. Le fil D passe sous la partie supérieure de l'avivement de la grande lèvre, puis dans la partie avivée du vagin, mais seulement sur la ligne médiane, et il est libre dans tout le reste de son étendue; les fils 1, 2, 3 et 4 circulent, au contraire, sur tout le trajet, dans l'épaisseur de la lèvre et de la cloison, et ne sont nulle part apparents. Lorsque les fils sont serrés, le résultat est le suivant: la partie droite (3) du foliole médian vaginal (fig. 453) se met en contact avec la partie la plus reculée (2) du foliole avivé sur la lèvre droite. La partie vaginale gauche (4) s'applique sur la partie postérieure du foliole labial gauche (5). Les parties extérieures des folioles labiaux droit et gauche (1 et 6) s'accolent pour reformer le périnée et la fourchette, et les points ACB se retrouvent accolés, au niveau de la fourchette (L. Le Fort).

Procédé de Lawson Tait.

Procédé de Lawson Tait (pour les déchirures incomplètes). Je suivrai la description qu'en a donnée Sanger¹, qui lui a apporté des modifications peu importantes; ce procédé convient aussi aux simples relâchements du plancher périnéal; toutefois, on peut alors lui reprocher de souvent laisser subsister une espèce de cul-de-sac, en arrière du périnée reconstitué.

Sanger conseille d'introduire d'abord dans le rectum un tampon de ouate, une éponge ou un tampon de gaze iodoformée enduit de

¹ SANGER, *loc. cit.* — Voir aussi sur la technique de ce procédé: P. MUNDÉ, *My experience with the flap-splitting operation* (*Amer. Journ. of Obstet.*, juill. 1889, t. XXII, p. 673 et suiv.). — N. MACPHATTER, *Tait's flap-operation for lacerated perineum* (*ibid.*, p. 1146 et suiv.).

vaseline et armé d'un fil. De la sorte, la paroi postérieure du vagin est poussée en avant. Deux doigts sont placés dans le rectum pendant qu'un aide tend le plus possible le champ opératoire, en portant directement les côtés de la vulve vers les tubérosités ischiatiques: la paroi postérieure du vagin est alors visible sur une grande étendue.

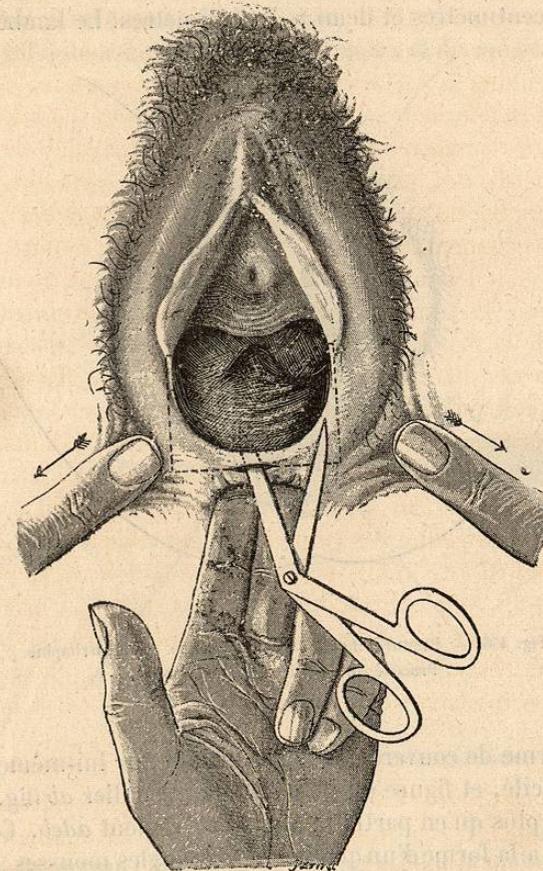


Fig. 454. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Lawson Tait. Avivement aux ciseaux.

Lawson Tait se sert de ciseaux pointus, coudés comme ceux de Roux. Il enfonce leur pointe sur la ligne médiane, d'avant en arrière, entre la commissure postérieure de la vulve et l'anus, et il dédouble la cloison recto-vaginale d'abord à gauche, puis à droite, après avoir fait tourner les ciseaux sur eux-mêmes (fig. 454). Sur les extrémités de cette section transversale, il fait alors deux débridements verticaux qui, partant de l'union des grandes et des petites lèvres, se