

dirigent en bas jusqu'à l'union de la section transversale pratiquée avec les ciseaux. On peut se servir pour ces deux incisions verticales de ciseaux aussi, en partant du bas pour arriver à l'union des grandes et des petites lèvres. Les trois incisions ont ainsi la forme d'un quadrilatère auquel manquerait le côté supérieur. Le côté horizontal a de 3 centimètres et demi à 4 centimètres, les deux côtés verticaux de 2 centimètres et demi à 3 centimètres. Le lambeau vaginal

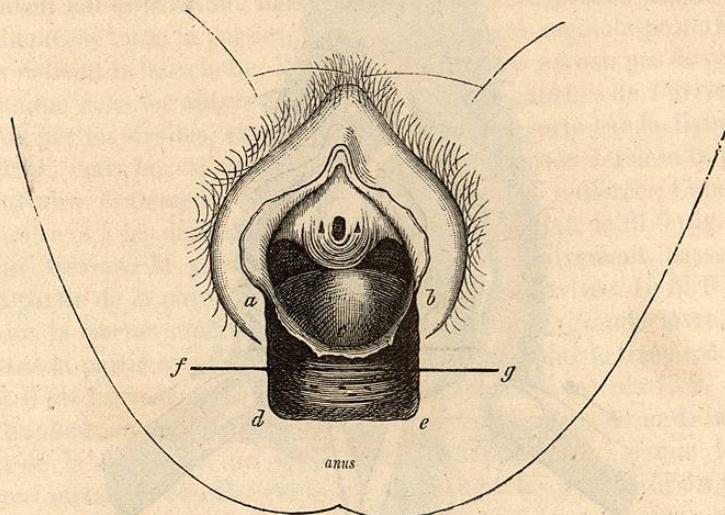


Fig. 455. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Lawson Tait. Avivement.

libéré, en forme de couvercle, revient bientôt sur lui-même, en vertu de son élasticité, et figure un demi-cercle irrégulier *ab* (fig. 455) qui ne recouvre plus qu'en partie la plaie d'avivement *adcb*. Cette plaie d'avivement a la forme d'un quadrilatère à angles mousses; entourée par la peau sur trois côtés, elle donne insertion par son quatrième au couvercle muqueux résultant du dédoublement de la cloison recto-périnéo-vaginale. Pour que le lambeau *ab* ne soit pas trop mince, il faut diviser la cloison recto-vaginale exactement en son milieu, ce que les doigts placés dans le rectum contrôlent facilement. Au niveau des bords, l'incision des tissus porte plus profondément dans le tissu cellulaire du périnée et de la grande lèvre. L'avivement peut être terminé en une demi-minute. La surface d'avivement n'est pas tout à fait lisse; elle offre des irrégularités qu'on fait disparaître à coups de ciseaux.

Quand le périnée n'est pas transformé en un tissu cicatriciel, l'écoulement sanguin est assez considérable, mais veineux. Assez souvent des artérioles donnent du sang; le pincement et la torsion suffisent: Sanger n'a jamais eu besoin de faire des ligatures. A l'occasion, il faudrait lier au catgut fin, si la torsion et la forcipressure ne suffisaient pas; en effet, l'accolement des lèvres de la plaie ne serait pas assez étroit pour assurer l'hémostase.

La suture est faite sous le contrôle de l'index et du médus gauches

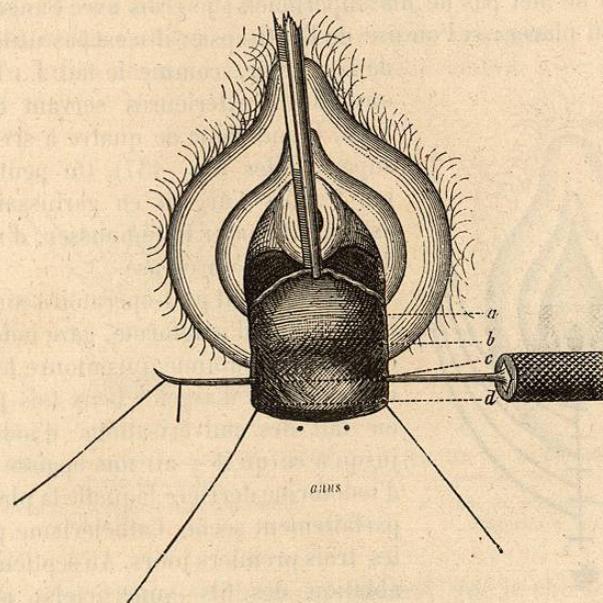


Fig. 456. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Lawson Tait. Suture.

placés dans le rectum; la pointe d'une aiguille à manche est piquée dans la plaie elle-même, en dedans de son bord gauche, puis glisse transversalement dans les tissus et vient ressortir au point symétrique en dedans de son bord droit: selon la pratique de Lawson Tait (que je n'imite pas pour ma part), la peau ne doit pas être intéressée (fig. 456 *abcd* représentent les points d'entrée et de sortie de l'aiguille): un fil d'argent est introduit dans le chas de l'aiguille, qui est retirée à la manière ordinaire. Quatre fils sont suffisants; l'un d'eux doit pénétrer dans la cloison recto-vaginale, un peu au delà du point où elle a été dédoublée. Les fils sont noués (fig. 457) entre les lèvres de la plaie, après qu'elle a été soigneuse-

ment lavée avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 et qu'on a retiré le tampon placé dans le rectum. Les bords de la plaie sont affrontés : la ligne de réunion n'est pas exactement rectiligne dans le mode de suture adopté par Lawson Tait, parce que les fils d'argent sont obligés de sortir par la plaie; mais entre eux le contact est parfait. Vers l'anus, il reste souvent un pli qui correspond au bord transversal inférieur de l'avivement du côté du vagin; le lambeau muqueux libéré forme un repli ouvert en avant ou une petite rosette.

L. Tait ne met pas de fils superficiels; je crois avec Sânger préférable d'en placer; si l'on use de l'antisepsie, il n'est pas utile, dit-il, de conserver, comme le fait L. Tait, des ouvertures extérieures servant au drainage. Il met donc de quatre à six sutures superficielles (fig. 437). On peut couper ras les fils d'argent en garnissant leurs extrémités, pour les émousser, d'un grain de plomb qu'on écrase.

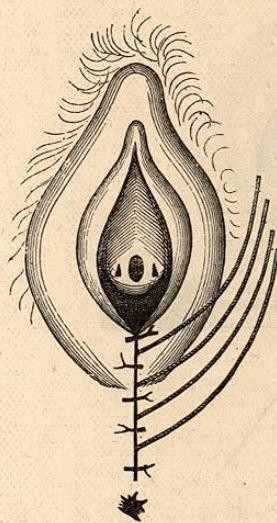


Fig. 437. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de L. Tait-Sânger. Suture.

Le pansement post-opératoire consiste en insufflations d'iodoforme, gaze iodoformée ou ouate au sublimé qui entoure les extrémités des fils d'argent. Deux fois par jour on fait des pulvérisations d'iodoforme, jusqu'à ce qu'il y ait une épaisse couche d'iodoforme derrière laquelle la plaie reste parfaitement sèche. Cathétérisme pendant les trois premiers jours. Au septième jour, ablation des fils superficiels; au quatorzième, des fils profonds. La malade peut ensuite quitter le lit.

Martin' a apporté à la suture une modification que je crois très avantageuse. Au lieu de fil d'argent et de points séparés, il emploie le catgut à l'essence de genévrier (p. 28) et la suture continue à étages superposés (p. 51). L'opération est ainsi très rapide et l'affrontement parfait.

2° Déchirures complètes.

2° Déchirures complètes du périnée. — Le procédé de l'avivement triangulaire de Simon a été adopté et perfectionné par Hegar. Il part de ce principe que, le périnée étant déchiré suivant trois faces, il

<sup>1</sup> A. MARTIN. *Ueber die Lappen-Dammoperation* (Berl. klin. Woch., 1889, n° 6, p. 108). — Voir sur ce sujet la discussion à la Soc. obst. et gyn. de Berlin, 11 janv. 1889 (Centr. f. Gyn., 1889, n° 9, p. 144 et suiv.). — RIEDINGER (Wien. klin. Woch., 1888, n° 26, p. 551) avait aussi fait la suture continue. — C. OLRİK (Hosp. Tid., 1888, Bd. VI, p. 873) fait la suture à étages, avec la soie.

faut faire l'occlusion de la solution de continuité dans ces trois directions, et faire des sutures successivement du côté du vagin, du rectum et de la peau. Hegar fait un large avivement dont l'ensemble rappelle un peu la figure d'un papillon aux ailes déployées, dont le corps serait placé au niveau de la cloison recto-vaginale. Il n'emploie pas le dédoublement, mais il pratique seulement l'excision des surfaces cicatricielles et muqueuses pour obtenir une plaie d'affrontement suffisante.

Voici les divers temps de son opération :

Procédé de Simon-Hegar — Premier temps : avivement. Pour bien mettre à nu le champ opératoire, un aide soulève avec une large

Procédé de Simon-Hegar.

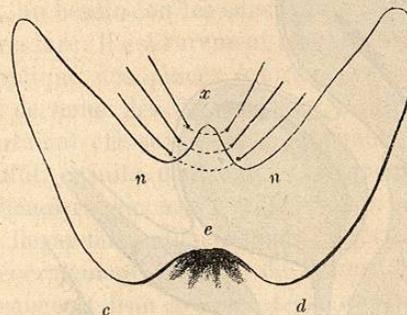


Fig. 438. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simon-Hegar. Avivement.

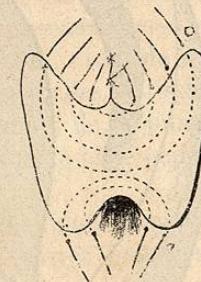


Fig. 439. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simon-Hegar. Sutures vaginales et rectales.

valve la paroi vaginale antérieure, pendant que le chirurgien saisit et fixe avec une pince à griffes la paroi vaginale postérieure, au-dessus du point *x* (fig. 438). Hegar introduit dans le rectum, surtout s'il y a prolapsus de la paroi rectale, une éponge montée, imbibée d'eau chlorée, pour éviter la souillure de la peau par les matières fécales. On saisit alors la peau avec des pinces au niveau des points auxquels doivent répondre les extrémités du nouveau périnée, c'est-à-dire : en avant, sur la face interne des grandes lèvres en *a* et *b*, en arrière, au voisinage du bord antérieur de l'anus en *c* et *d*; on écarte ces points l'un de l'autre. On commence l'avivement en dessinant le triangle *nan*. Le point *x* doit être situé sur la ligne médiane de la paroi vaginale postérieure et être éloigné de 2 centimètres environ du point *e* qui représente l'extrémité du triangle d'avivement de la paroi rectale. En excisant le petit triangle muqueux à l'extrémité dirigée vers le cul-de-sac vaginal on évite de voir l'extrémité des lèvres de la plaie faire saillie en haut, quand on nouera les fils à suture, et l'on facilite singulièrement le glissement

vers la ligne médiane des parties latérales avivées. De plus, en agissant ainsi, on donne plus de solidité à la paroi recto-vaginale qu'on va créer, car les points *x* et *e*, qui représentent sur le vagin et sur le rectum le sommet des lignes avivées, seront plus éloignés

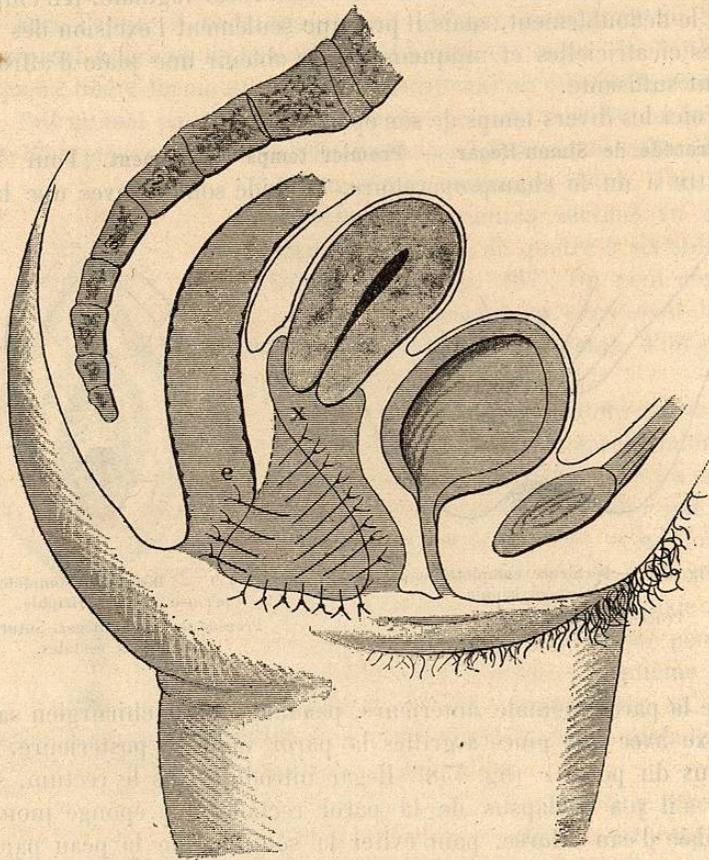


Fig. 440. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie.  
Procédé de Simon-Hegar. Disposition générale de sutures.

l'un de l'autre que si *x* se trouvait situé sur le milieu d'une ligne droite unissant les points *n* et *n*. Enfin, on assure plus complètement la solidité de la réunion et l'on évite beaucoup mieux en *e* la production de fistules recto-vaginales.

Partant de *mn*, on fait, en se dirigeant en haut et en dehors, une incision courbe, convexe en avant; elle s'étendra jusqu'aux points *a* et *b*, qui, unis ensemble, formeront la fourchette du nouveau périnée. Ces points sont situés sur la partie inférieure du bord interne

des grandes lèvres. De là, on trace les incisions *ac* et *bd*, longues de 3 à 4 centimètres, qui, réunies, formeront le raphé du nouveau périnée. Ces incisions seront fortement dirigées en bas et convergeront vers le point où sera plus tard l'anus. On infléchit alors l'incision pour tracer les lignes *ce* et *ed*; ces dernières incisions seront faites, de préférence, avec les ciseaux. On isolera les bords du lambeau ainsi dessiné, en enfonçant un bistouri à plat à une profondeur de 2 à 3 millimètres et l'on complètera enfin l'avivement en disséquant complètement le lambeau circonscrit.

Sur les parties latérales, il existe des plexus veineux importants qui sont parfois lésés, et une hémorrhagie assez notable a lieu : on comprimera avec un tampon de coton les points qui donnent du sang, et, au besoin, on les saisira momentanément avec des pinces à forcipressure. Il est rarement nécessaire de lier les vaisseaux. Après avoir appliqué des pinces à forcipressure, on aura soin, avant de serrer et de nouer les fils à suture, de réséquer les parcelles de tissu qui auraient été saisies et comprimées entre les mors de la pince; il suffit, ensuite, d'affronter exactement les lèvres de la plaie pour voir l'hémorrhagie cesser d'elle-même.

Hegar fait judicieusement observer que les débutants commettent généralement la faute de donner à la surface avivée une étendue beaucoup trop grande. C'est augmenter inutilement l'étendue du traumatisme et c'est accroître les difficultés de la réunion, car il faudra tendre beaucoup les tissus pour affronter les parties latérales de la surface avivée. Il est également inutile de reporter trop en avant les points *c* et *d*. Il ne faudrait pas commettre une nouvelle faute en dessinant l'avivement de telle sorte que les points *d* et *c* soient situés trop en dehors. Si l'on agissait ainsi, on éprouverait de très grandes difficultés pour affronter les lignes *ed* et *ec* (fig. 438).

Quand la déchirure est peu profonde, la surface avivée aura la forme d'ailes de papillon, le petit triangle *nxn* représentant la tête de l'insecte. Si la déchirure occupe une grande partie de la cloison recto-vaginale, l'avivement sera modifié et remontera sur chaque lèvre de la division de la cloison recto-vaginale.

**Deuxième temps : suture.** — Quand la plaie est bien régularisée, on commence à suturer les lèvres du triangle *nxn* (fig. 439). Hegar se sert, à cet effet, d'aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille et munies d'un fil d'argent. On fera pénétrer l'aiguille dans la muqueuse à 3 millimètres du bord de la plaie et, dirigeant son extrémité à plat dans tout le fond de la plaie, on la fera sortir à 3 millimètres en dehors de la lèvre opposée. Si le triangle *nxn* est fort large, on évitera de saisir une masse trop considérable de tissu,

et l'on ne fera pas cheminer le fil sous toute l'étendue de la plaie, au milieu de laquelle il restera libre dans une certaine longueur. En agissant ainsi, on rendra l'affrontement des deux lèvres avivées plus parfait.

Dès qu'on aura terminé la suture vaginale, on passera quelques fils dans le rectum. En partant du rectum, on enfoncera de 2 à 5 millimètres du bord de la plaie une aiguille qui sera dirigée de bas en haut; l'aiguille, après avoir parcouru un certain trajet dans la plaie, sera tirée en dehors, saisie de nouveau avec le porte-aiguille et enfoncée dans la plaie du côté opposé, en un point exactement symétrique à celui d'où elle vient de sortir; l'aiguille sera alors dirigée de la plaie vers la peau, c'est-à-dire en bas et en dehors. Les chefs des fils ainsi passés pendent dans le rectum. Au lieu de diriger l'aiguille, comme je viens de le dire, on peut encore fixer une aiguille à chaque extrémité du fil, et faire pénétrer chaque aiguille de haut en bas et de dedans en dehors sur chaque partie latérale de la plaie. Il est fort difficile de retirer les fils métalliques que l'on a appliqués dans le rectum et qu'on a coupés court; de plus, les malades les supportent difficilement: aussi Hegar se sert-il maintenant pour les sutures rectales de fils de catgut ou de soie très fine qu'il abandonne complètement.

Pour serrer les fils on peut avoir recours à deux procédés:

1° Passer tout d'abord tous les fils, puis les nouer ensuite, comme l'a fait Hildebrandt, ainsi qu'on le verra plus loin.

2° Passer d'abord le fil le plus profond, le serrer, le nouer, voir ensuite quel est le résultat obtenu; passer un second fil embrassant plus de tissu, le serrer, le nouer; continuer ainsi, en égalisant au fur et à mesure les lèvres de la plaie, en modifiant la disposition des fils, en corrigeant la forme de l'avivement, suivant le besoin; c'est ce dernier procédé que Hegar a adopté.

Dès que les sutures rectales et vaginales sont appliquées et nouées, on procède à l'application des sutures périnéales (fig. 440). On suivra ici les règles ordinaires. Pendant qu'on nouera les fils, on aura soin de rapprocher les jambes de la malade l'une de l'autre, afin de diminuer la tension des tissus. Il est bon que, pendant tout ce temps de l'opération, la femme soit étendue dans le décubitus dorso-sacré.

Comment convient-il de disposer les sutures superficielles et les sutures profondes? Dieffenbach ne plaçait de sutures profondes que sur le périnée, et, d'un autre côté, Simon attachait la plus grande importance aux sutures qui sont appliquées sur le rectum et le vagin. Plus tard, Simon regarda comme fort avantageux d'appliquer des sutures très profondes sur le rectum, et seulement des sutures demi-

profondes sur le vagin. Hegar préfère, également, faire les sutures profondes sur les parois rectale et vaginale, plutôt que sur le périnée, sans cependant les réserver exclusivement à ces parois. Le point capital, dit-il, est de ne laisser aucun espace où les parois ne soient pas exactement appliquées l'une contre l'autre et dans lequel les liquides puissent s'accumuler.

Quand la déchirure est très profonde, Hegar modifie son procédé ordinaire. Si la déchirure remonte dans le rectum à une profondeur excédant 4 centimètres, les surfaces avivées sur la cloison recto-vaginale sont tellement étroites qu'il suffit d'appliquer une seule série de sutures, qui seront nouées du côté du vagin et qui embrassent toute l'épaisseur de la cloison: si l'on voulait, en effet, appliquer deux séries de sutures, une du côté du rectum et l'autre du côté du vagin, les fils ne pourraient pas embrasser une épaisseur suffisante de tissu. On pourrait, d'autre part, craindre qu'en appliquant une seule série de sutures, l'affrontement ne fût pas régulier; mais on évite aisément cet inconvénient en faisant alterner les sutures profondes embrassant toute l'épaisseur de la cloison, et les sutures superficielles ne saisissant que la paroi vaginale. Quand on arrive plus bas, sur le périnée, au niveau duquel les surfaces avivées sont plus étendues, on fait la triple suture décrite plus haut. Enfin, quand la solution de continuité sera très grande, on pourra faire l'opération en plusieurs étapes. On avivera tout d'abord une certaine étendue, on fera la suture en ce point, puis on avivera un autre segment de la solution de continuité, qu'on suturera encore. En opérant ainsi, on évitera les grandes hémorrhagies et l'on n'exposera pas une vaste plaie pendant trop longtemps à l'action de l'air.

Une fois les sutures terminées, on aura soin d'exprimer avec les doigts le peu de sang qui pourrait être retenu entre les lèvres de la plaie, et l'on fera un soigneux lavage antiseptique du vagin, du rectum et de la plaie périnéale.

Hegar pratique ensuite la section, sous-cutanée ou à ciel ouvert, du sphincter anal, en faisant sur le bord postérieur de l'anus deux incisions latérales. Cette opération provoque fréquemment une hémorrhagie assez notable, mais on s'en rend aisément maître en faisant une ligature ou la forcipressure. La section du sphincter présente, d'après Hegar, des avantages, car elle permet d'éviter les tiraillements sur la suture rectale, et, pendant les premiers jours, elle facilite la libre issue des matières fécales et des gaz qui, ne s'accumulant pas dans le rectum, ne distendent pas les parois de ce canal, et, par suite, n'opposent aucun obstacle à la réunion. Baker Brown faisait aussi la section sous-cutanée du sphincter, mais en arrière, vers le coccyx. Hegar n'a plus eu recours, dans ces dernières

années, aux incisions libératrices latérales de Dieffenbach qu'il avait primitivement employées. Ces incisions, parallèles à la ligne d'union des lèvres avivées et plus longues qu'elle d'un tiers, devaient en être séparées d'un pouce environ et en dépasser les limites en haut

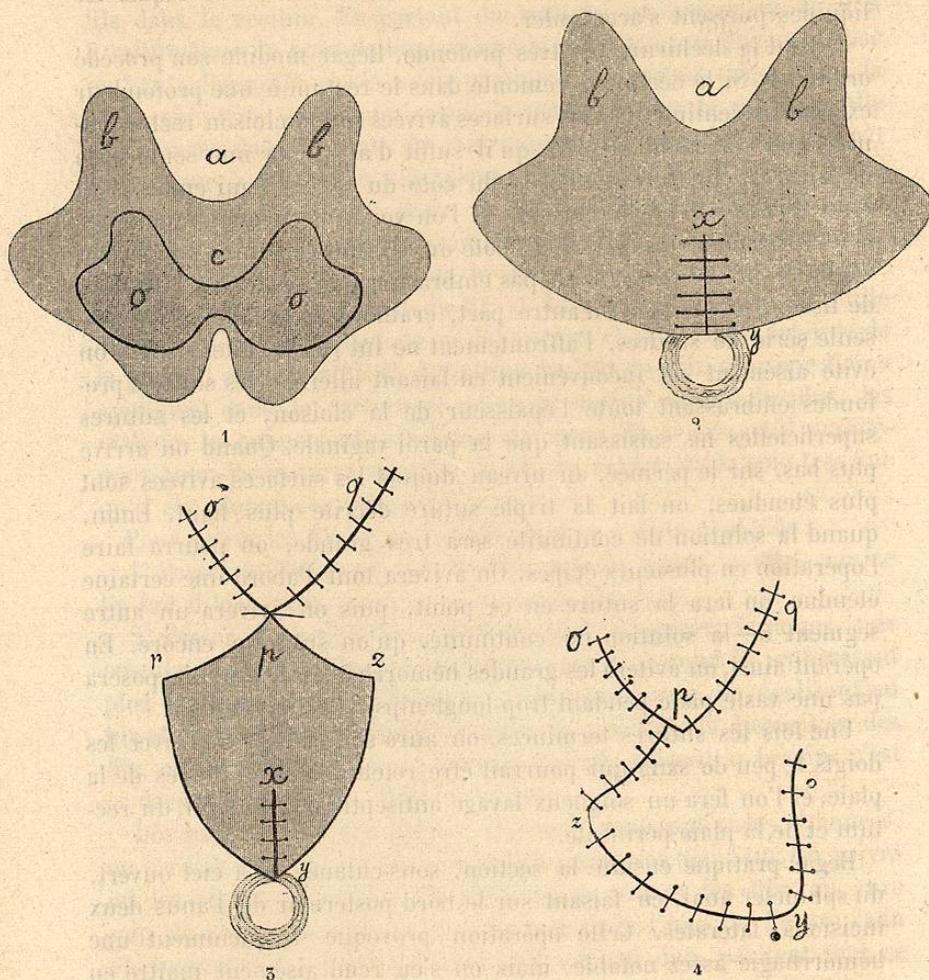


Fig. 441. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Freund.

et en bas. Elles pénétraient jusque dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Ces incisions, cependant, deviennent inutiles, car la tension des tissus n'est pas trop grande, quand on a eu soin de ne pas exagérer les dimensions de la surface d'avivement sur les lèvres. De plus, le voisinage de deux plaies béantes n'est pas sans pré-

senter des inconvénients, car ces plaies sont des portes ouvertes à l'infection.

**Procédé de Freund.** — Freund a tout spécialement insisté sur la nécessité de faire l'avivement de telle sorte qu'on reproduise l'état dans lequel se trouvait le périnée, immédiatement après que la déchirure s'était faite. Si l'on pratique l'avivement, dit-il, en adoptant les procédés ordinaires, on suture ensemble, en les rapprochant au prix de vives tractions, des parties qui naturellement ne devraient pas s'acco-

Procédé de Freund.

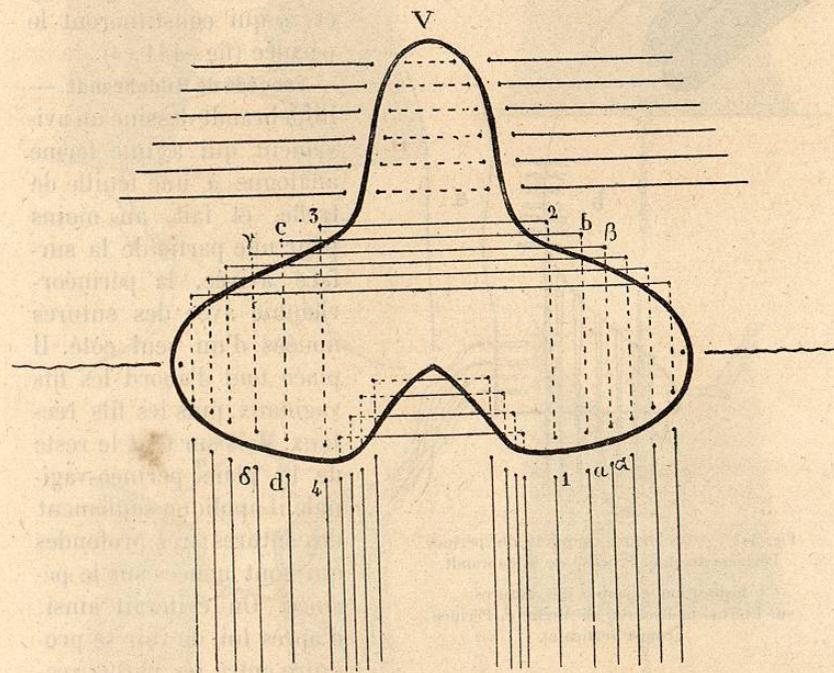


Fig. 442. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Hildebrandt.

ler les unes aux autres. Au lieu de cela, Freund fait un avivement auquel il donne une forme qui est complètement subordonnée à celle de la solution de continuité. Soit, par exemple, une cicatrice ayant la forme *oo* (fig. 441, 1). Elle est le vestige de la déchirure initiale qui s'est rétractée. L'avivement tel que le fera Freund reproduira cette forme. Il sera figuré par la ligne *bab*. Freund incise donc la colonne postérieure du vagin, à une certaine distance de son extrémité; sur les côtés de cette colonne, il porte le bistouri en arrière et en haut, vers les points *bb* (fig. 441, 2), de manière à circonscrire les cicatrices situées sur le vagin et sur les grandes lèvres;

il complète l'avivement, suivant les procédés ordinaires : 1° il suture la ligne *xy* (fig. 441, 3) qui répond au rectum ; 2° il unit chaque bord de la colonne postérieure du vagin à la lèvre externe de la surface d'avivement qu'il a dessinée sur les parties latérales de la paroi vaginale postérieure. Les plaies *op* et *qp* (fig. 441, 5) sont suturées. Il reste maintenant à suturer les lèvres de la plaie *pr* et

Procédé  
de Hildebrandt.

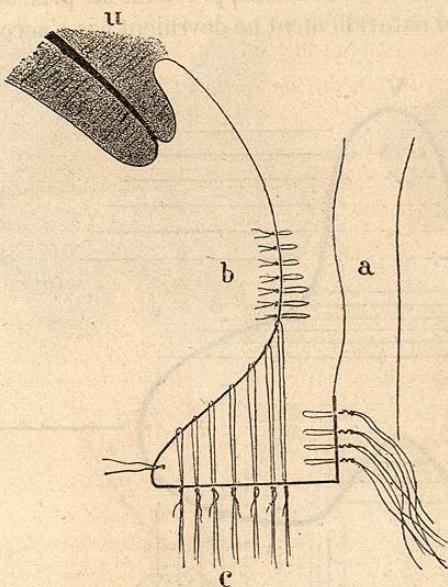


Fig. 445. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Hildebrandt.

Disposition générale des sutures.  
u. Utérus. a. Rectum. b. Vagin. c. Périnée  
(coupe verticale).

tale, vaginale et périnéale un espace vide dans lequel le sang pourrait s'accumuler et qui pourrait dans la suite devenir le siège d'abcès (fig. 442 et fig. 443).

Procédé  
de Heppner.

**Procédé de Heppner (suture).** — Heppner a obéi aux mêmes indications quand il a proposé la suture en 8 de chiffre. Cette suture doit à la fois assurer la réunion sur le vagin et sur le périnée. Voici comment il opère : le fil à suture est, à chaque extrémité, muni d'une aiguille ; il enfonce chacune de ces aiguilles dans la lèvre de la plaie vaginale, la fait ressortir au milieu de la plaie, et pénétrer dans la plaie opposée, en la croisant avec l'autre aiguille. Il dessine ainsi un 8 de chiffre dont une anse est située du côté du vagin et dont l'autre anse, fermée par le nœud de la suture, enserre le périnée (fig. 444).

**Procédé de Lauenstein (suture)**<sup>1</sup>. — Ce procédé de suture *sous-muqueuse* a pour but d'empêcher l'infection du trajet des fils par les sécrétions du vagin et du rectum ; cette infection, en effet, a les plus grandes chances de se produire lorsqu'on fait pénétrer les fils dans

Procédé  
de Lauenstein

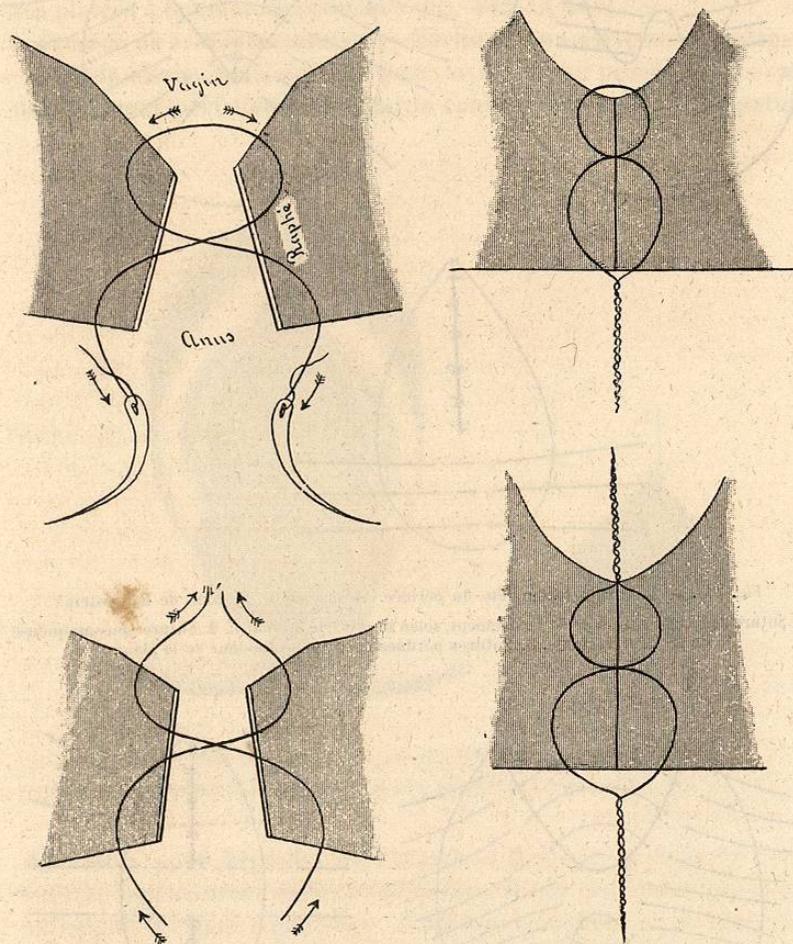


Fig. 444. — Suture dans la périnéorrhaphie. Procédé de Heppner.

ces cavités, selon le procédé de suture ordinaire<sup>2</sup>. Lauenstein introduit les fils à un demi-centimètre des bords de la plaie dans l'intérieur de la surface cruentée, et fait des sutures perdues au catgut,

<sup>1</sup> C. LAUENSTEIN. *Die Vermeidung der Stichkanäle in Scheide und Mastdarm bei der Plastik des Septum recto-vaginale* (Cent. f. Gyn., 1886, n° 4, p. 48).

<sup>2</sup> Ce danger d'infection des sutures qui pénètrent dans les cavités naturelles avait déjà été bien mis en relief par P. KRASKE. *Ueber einen üblen Zufall nach der Gastrostomie*. (Cent. f. Chir., 1881, n° 3, p. 33)