

être reconnue avant l'avivement, grâce à une légère fossette dans la cicatrice. Cette suture est faite par Lawson Tait et Mundé au crin de Florence, par Sängér au fil d'argent (5 à 6 fils), comme s'il s'agissait de déchirure incomplète du périnée. Toutes les sutures aboutissent au périnée, aucune n'est nouée dans le vagin ni le rectum. Lawson Tait ne comprend pas la peau dans les sutures profondes. Mundé recommande de la traverser¹. Martin emploie, ici encore, la suture continue au catgut, à étages.

Insufflation d'iodoforme, pour tout pansement. Ablation des fils les septième et quatorzième jours.

Ce procédé actuel de Lawson Tait est essentiellement différent de celui qui avait été primitivement décrit et figuré, sous le nom de cet auteur, dans certains ouvrages².

Procédé de Simpson. — Au point de vue chronologique, on devrait décrire ce procédé avant celui de L. Tait, qu'il a précédé de beaucoup. Mais comme il a une importance moindre, je ne l'y rattacherai qu'en manière d'appendice. Il s'en rapproche par le mode d'avivement et en diffère tout à fait par la suture. J'en emprunte la description à Hart et Barbour³.

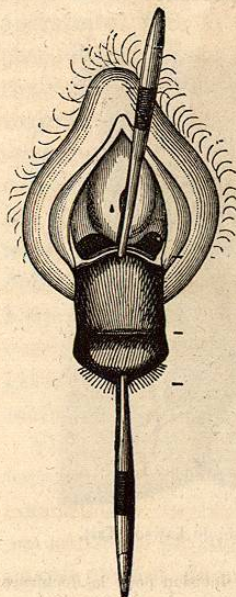


Fig. 454. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Lawson Tait.

Une première incision part de l'extrémité de la cloison (entre le rectum et le vagin), et, suivant la face interne de la grande lèvre de dedans en dehors (fig. 454), vient aboutir au point 1; une autre incision est faite du point *a* parallèlement à l'orifice vulvaire, passant par l'extrémité externe de la première incision et s'arrête en *b*, à l'extrémité du sphincter déchiré. On opère de même de l'autre côté. Les deux lambeaux triangulaires ainsi formés sont disséqués (fig. 455). Le lambeau *a* 1 S est relevé au-devant du vagin de chaque côté, de telle sorte que les coins désignés par le chiffre 1

¹ Je partage entièrement cet avis. L. TAIT ne comprend pas la peau dans la suture et forme ainsi de petits drainages avec ses fils, passant entre les lèvres de la plaie non réunie superficiellement; mais cela constitue une précaution inutile quand on pratique l'antisepsie, que rejette l'éminent opérateur de Birmingham. Je me sers pour passer les fils d'argent d'une très grande aiguille de Hagedorn. J'ai obtenu ainsi quatre succès, sans échec, dans quatre cas de rupture complète très étendue à la cloison.

² EDIS. *Diseases of women*. Londres, 1882, p. 402. — ZWEIFEL. *Die Krankh. der äusseren weibl. Genitalien*, etc. (*Deutsche Chir.*, Lief. 61, 1885, p. 127).

³ HART et BARBOUR. *Manuel de gynéc.*, trad. franç., 1886, p. 600.

dans la première figure viennent se placer en 1, dans la seconde. Il en est de même des lambeaux *b* 2 S.

On suture les lambeaux vaginaux au fil d'argent ou à la soie, en ayant soin de nouer les fils sur la face vaginale des lambeaux; les chefs des fils sont assez longs pour faire saillie en dehors du vagin.

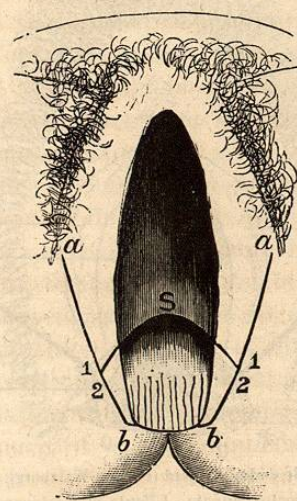


Fig. 454. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simpson. Avivement.

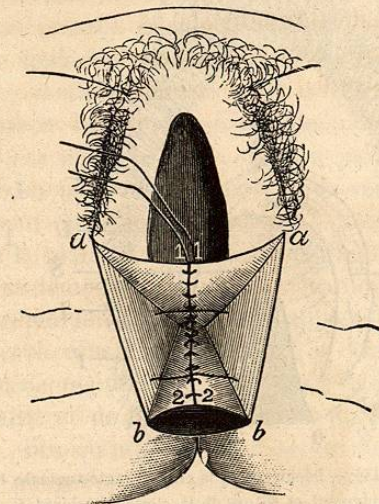


Fig. 455. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simpson. Sutures.

Du côté du rectum, il vaut mieux employer du catgut et couper les fils courts. Pour rapprocher ensuite la cavité saignante qui subsiste, on passe deux sutures périnéales profondes qu'on noue sur des plaques métalliques et on termine par des sutures superficielles.

Procédé de Fritsch¹. — Ce procédé se rapproche encore davantage du procédé de Lawson Tait. Comme lui, il repose sur le principe du dédoublement des tissus, substitué à l'avivement, dans le but de ménager l'étoffe du vagin et du périnée, partiellement détruits, et d'éviter le plus possible la formation du nouveau tissu de cicatrice. Fritsch se borne à détacher le rectum du vagin, dans les ruptures incomplètes, et, dans les ruptures complètes, il ajoute une incision latérale pour rechercher les extrémités rétractées du sphincter; il les réunit par le passage d'un fil provisoire qui sert, pendant la durée de l'opération, à reformer l'orifice pour permettre de procéder régulièrement à la réunion. Il suture ensuite la muqueuse rectale

Procédé de Fritsch.

¹ FRITSCH. *Die Krankheiten der Frauen*, 5^e édit., 1886. — *Ueber Perineoplastik* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n^o 50, p. 475).

par des points séparés au catgut, placés par le vagin et noués au fond de la plaie (sutures perdues à points séparés de Werth, voir p. 49). Ces sutures ne doivent pas pénétrer dans le rectum, afin

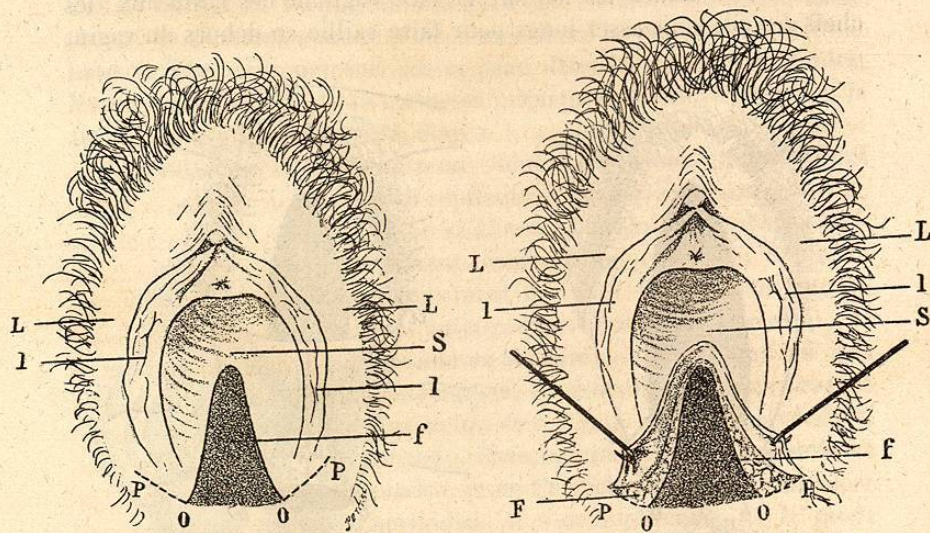


Fig. 456. — Déchirure de la cloison recto-vaginale. Procédé de dédoublement (Fritsch-Walzberg). Dédoublement et suture de la cloison déchirée. S. cloison recto-vaginale; f. fente ou déchirure de cette cloison; L. grande lèvre; l. petite lèvre; P. périnée; F. portion rectale du lambeau dédoublé.

d'éviter l'infection de la plaie le long des fils, selon le précepte de Lauenstein. Mêmes sutures perdues dans la plaie, fermant le vagin,

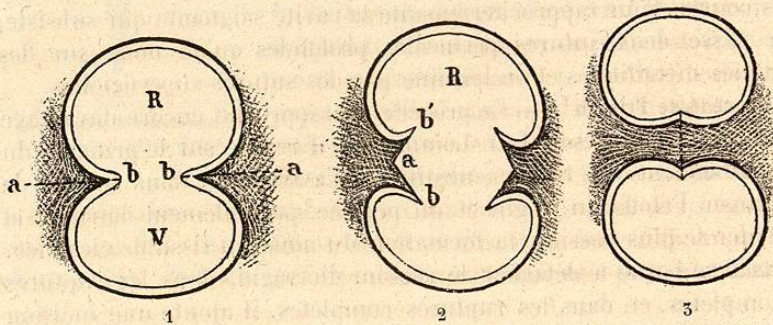


Fig. 457. — Déchirure de la cloison recto-vaginale. Procédé de dédoublement (Fritsch-Walzberg). Dédoublement et suture de la cloison déchirée (schéma). R. rectum; V. vagin; a b b'. incision. 1. incision. 2. dédoublement. 3. réunion.

sans y pénétrer. On n'a plus alors qu'à suturer la plaie périnéale par une série de sutures perdues à étages superposés, procédé que Fritsch préfère à la suture continue, à étages.

Si la déchirure de la cloison remonte très haut, il peut être néces-

saire, comme l'a fait Walzberg¹, de la dédoubler et de procéder ensuite à sa suture, selon les mêmes principes (fig. 457).

Soins consécutifs à la périnéorrhaphie. — Le pansement se réduit à de grands soins de propreté et à des applications locales de poudre d'iodoforme. Il est préférable de sonder les malades les premiers jours, pour éviter que l'urine ne souille la vulve.

Soins consécutifs
à la
périnéorrhaphie

La question la plus importante est celle de savoir s'il faut, après l'opération, constiper ou non les malades pendant plusieurs jours. Il est certain que le contact des matières fécales peut infecter la suture, surtout si les fils traversent la muqueuse rectale, comme dans certains des procédés que j'ai décrits : mais, d'autre part, le passage tardif de matières endurcies peut la faire céder. A la vérité, on tend de plus en plus à s'abstenir de sutures du côté de l'intestin, ce qui évite la contamination de la plaie par la défécation. Enfin, la constipation ne présente pas seulement un danger mécanique à brève échéance; elle est nuisible par le trouble qu'elle apporte à la nutrition générale, et elle entrave ainsi indirectement le travail plastique. Le mieux est, je crois, de maintenir les opérées à la diète lactée, durant la première semaine et de leur administrer un léger purgatif vers le cinquième jour. Dès qu'une ou deux selles auront été obtenues, on cessera toute purgation, et si l'effet simplement laxatif était dépassé, on administrerait même de l'opium. De nouvelles évacuations seront provoquées, quatre jours après.

Dans les premiers temps qui suivent l'opération, la malade est parfois tourmentée par des gaz. On introduira alors dans l'anus, plusieurs fois par jour, avec précaution, une sonde molle en gomme, à une profondeur de 6 à 8 centimètres.

Les jambes seront maintenues rapprochées et lâchement liées. On ne permettra pas à la femme de s'asseoir avant trois semaines.

La propreté la plus grande sera observée; des lavages seront faits sur la vulve et le périnée, après chaque garde-robe.

On doit surveiller avec beaucoup d'attention la température de l'opérée. Une élévation avertira qu'il y a eu infection de la plaie et qu'un abcès est à craindre. Celui-ci prend ordinairement naissance dans un point insuffisamment affronté, dans un *espace mort* de la profondeur de la plaie où ont pu s'accumuler du sang ou de la sérosité qui ont fourni un milieu de culture aux microbes, introduits durant une opération insuffisamment aseptique ou venus le long des sutures. La région devient alors douloureuse, tendue, les fils s'enfoncent dans les tissus œdématisés, et les sectionnent. Si on ne

¹ WALZBERG. Ueber Dammbildung vermittelt Spaltung des Septum bei durchgehender Zerreissung des Damms (Arch. f. klin. Chir., 1888, Bd. XXXVII, p. 841.)

les enlève pas rapidement, l'inflammation devient plus intense et amène d'elle-même la désunion totale. Parfois, en ôtant un ou deux fils de suture en temps opportun, on peut circonscrire le travail inflammatoire et n'observer qu'une désunion partielle. Si c'est du côté du périnée qu'une partie seulement de la réunion primitive a manqué, elle ne tarde généralement pas à se compléter secondairement. Si c'est vers la cloison recto-vaginale, il faut craindre l'établissement d'une fistule. Très petite, cette perforation recto-vaginale peut s'oblitérer par bourgeonnement, à l'aide de quelques cautérisations; plus étendue, elle restera permanente et nécessitera une nouvelle opération qu'on ne pourra guère tenter qu'un mois après la périnéorrhaphie. Le signe pathognomonique de cette désunion profonde est l'incontinence pour les gaz de nouveau accusée par la malade.

En général, on enlèvera les sutures périnéales de fil d'argent, de soie ou de crin de Florence, dès qu'elles commencent à couper ou à irriter les tissus, vers le dixième ou douzième jour : on tardera davantage s'il n'y a pas de signe d'irritation locale, surtout s'il s'agit de fils d'argent. Les sutures vaginales sont enlevées les dernières. Inutile de s'inquiéter des sutures au catgut.

La malade ne devra marcher qu'au bout de deux mois; les rapports sexuels seront interdits durant six mois.

Pronostic et résultats de la périnéorrhaphie.

Pronostic et résultats de la périnéorrhaphie. — Actuellement, la périnéorrhaphie n'est pas une opération grave. Elle peut, le plus souvent, être pratiquée en quelques minutes, sans recourir au chloroforme, avec le seul secours de la cocaïne en badigeonnage et en injections hypodermiques. Il n'y a à craindre ni hémorrhagie notable, ni septicémie. Les cas de cette dernière complication qui ont été rapportés sont tous, à de rares exceptions près, de date fort ancienne.

Les résultats sont aussi bien plus complets depuis qu'on n'a plus guère à craindre la suppuration. Jadis, l'absence d'antisepsie, la multiplicité des sutures du côté du vagin et du rectum, rendaient l'infection de la plaie presque inévitable dans sa partie profonde; aussi la réunion se faisait-elle souvent vers la superficie et manquait au-dessous, laissant subsister une fistule recto-vaginale qui constituait une infirmité à peine moindre que l'absence de périnée. On voit cet accident arriver bien plus rarement, depuis qu'on pratique l'antisepsie, qu'on apporte plus de soin à l'affrontement profond et qu'on a appris à se passer, dans l'immense majorité des cas, de toute autre suture que de sutures du côté du périnée (procédés d'Emmet, de Lawson Tait).

Enfin, le soin qu'on apporte à réunir les plans musculaires profonds, à rapprocher les bouts du sphincter divisé, rend compte de

l'amélioration des résultats, obtenus au point de vue des fonctions de l'intestin. On voyait assez souvent, autrefois, des femmes chez lesquelles le périnée était, en apparence, entièrement réparé être incapables cependant de retenir ni gaz ni matières liquides.

Des faits très nombreux prouvent que l'accouchement peut s'opérer sans rupture nouvelle du périnée, même lorsque le chirurgien a diminué la vulve dans de très grandes proportions. On devra, toutefois, se tenir en garde contre un rétrécissement excessif de cet orifice, qui constitue une faute opératoire.

Choix du procédé. — Chacun des procédés qui ont été décrits a donné des résultats satisfaisants. On peut donc dire qu'ils sont tous bons. Pourtant, toutes choses égales d'ailleurs, il est évident que la préférence sera donnée à celui qui présentera le plus de simplicité et de rapidité d'exécution. Telle est la raison pour laquelle le procédé de Lawson Tait jouit actuellement d'une grande vogue. On ne saurait nier qu'il rend de réels services : mais on ne pourrait, cependant, renoncer pour lui à toute autre technique. Beaucoup de chirurgiens ne l'acceptent que pour les déchirures incomplètes. On lui a reproché, même alors, de créer un petit cul-de-sac, en arrière de la fourchette. Dans les déchirures complètes, les succès de la méthode de L. Tait sont infiniment moins nombreux, et beaucoup d'opérateurs lui préfèrent les procédés anciens qui ont fait leur preuve. On peut, toutefois, en retirer de bons résultats, même quand la paroi recto-vaginale est très largement déchirée, en poussant le dédoublement très haut jusque dans cette paroi, comme l'a fait Walzberg, et la suturant dans un temps préliminaire. Toutefois il est ordinairement possible, par le simple dédoublement transversal, d'obtenir le glissement des lambeaux, de haut en bas, sur une grande étendue. L'opération peut à la rigueur être pratiquée avec les seules ressources de l'anesthésie locale à la cocaïne en injections. Souvent, la périnéorrhaphie doit être précédée d'un curettage utérin et d'une opération sur le col, nécessités par la métrite concomitante; il est alors préférable d'administrer le chloroforme.

Choix du procédé.