

venons de parler : la cause, le traitement, sont de tout point différents ; nous n'en dirons que quelques mots.

Les déchirures, ou fentes vulvaires, qui n'intéressent que la fourchette, et s'étendent tout au plus à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi, sont très fréquentes. Elles sont presque constantes dans un premier accouchement, et, en réalité, il n'y a presque jamais lieu de s'en préoccuper. Les premiers jours, ces fentes paraissent beaucoup plus considérables à cause de l'engorgement des parties ; mais, les jours suivants, les tissus reviennent sur eux-mêmes, et la plaie devient très petite. Du reste, ces déchirures n'enlèvent à la vulve aucune de ses propriétés contractiles.

Au deuxième degré, les muscles sont intéressés. Il en résulte que, en se contractant isolément, ils écartent les lèvres de la solution de continuité et l'empêchent de se cicatrifier. L'écoulement des lochies et de l'urine contribuent encore, d'autre part, à empêcher cette cicatrisation. Cette lésion, plus sérieuse que celle du premier degré, ne peut guérir spontanément. Avec le temps, au contraire, les accidents ne font que s'aggraver : la vulve, qui a perdu sa contractilité, prend des proportions de plus en plus considérables ; par suite même, les accouchements deviennent trop faciles, et la femme est exposée aux accidents de prolapsus utérin.

Au troisième degré, le rectum et quelques fibres du sphincter restent seuls intacts, les accidents sont encore plus graves que dans le cas précédent.

Enfin, au quatrième degré, la vulve et l'anus sont confondus : les parties génitales de la femme ne forment plus qu'un véritable cloaque.

Les lèvres de la solution de continuité, tirées en dehors par la contraction des muscles, et baignées sans cesse par l'écoulement lochial, par les urines et par les excréments, se cicatrisent sans se réunir et prennent le caractère d'une membrane muqueuse. Les lèvres sont régulières ou irrégulières. Quand on les écarte, on aperçoit au fond les orifices vaginal et rectal séparés par l'éperon constitué par les débris de la cloison recto-vaginale ; plus bas, le cloaque est formé, en avant, par les parois vaginales antérieures et latérales ; en arrière par les parties latérale et postérieure du rectum ; sur les côtés, par une large surface triangulaire dont on peut facilement se faire une idée.

Bientôt les lèvres se tuméfient et s'enflamment, présentent des callosités, des eschares ; puis, au bout de quelques jours, l'inflammation se modère ; il se forme des bourgeons charnus, et la cicatrisation se fait isolément pour chaque lèvre.

Cette affection se complique ordinairement d'un prolapsus utérin qui est d'autant plus incommode qu'on ne peut maintenir l'utérus que par un pessaire spécial, très difficile à adapter, et surtout à conserver.

Du reste, pour peindre l'état des malheureuses affectées de cette infirmité, on ne peut mieux faire que d'emprunter au mémoire de Roux la description suivante : « La femme, en cet état, est dans la plus horrible position : perdant continuellement des gaz intestinaux et des matières fécales, elle est obligée de vivre à l'écart, loin du monde, d'abandonner toutes ses habitudes. Pour diminuer, autant que possible, la quantité des fèces, elle contente à peine son appétit. De toutes ces privations, il résulte que la malheureuse dépérit chaque jour de plus en plus, et supporte difficilement une vie qu'elle voudrait voir s'éteindre. »

§ V. — Pronostic.

Si la rupture est peu grave, il n'y a aucune conséquence mauvaise à redouter.

Mais, si elle s'étend jusqu'à l'anus, la malade ne sent plus aucune résistance au niveau du détroit inférieur, et elle éprouve sans cesse la sensation d'un corps qui voudrait tomber. Sans aucun doute, un accident de ce genre favorise beaucoup les chutes de l'utérus. Si la cloison recto-vaginale a été déchirée, la situation de la malade est réellement digne de pitié. Les fèces passent involontairement à travers le vagin, et la propreté la plus minutieuse ne peut empêcher une odeur infecte. Les lochies qui passent sur les lèvres de la plaie en empêchent la cicatrisation ; les bords de cette plaie deviennent calleux et prennent l'aspect d'un ulcère.

Si la déchirure est peu étendue, elle se rétracte et guérit en très peu de temps : dans les cas même où la cloison recto-vaginale a été intéressée, une cicatrisation partielle peut se faire ; il ne reste plus qu'une fistule : la malade est donc, en partie au moins, guérie de son infirmité ; mais cette guérison, même incomplète, demande encore des mois ou des années.

§ VI. — Traitement.

Le traitement se divise en *prophylactique* et en *curatif*.

I. *Traitement prophylactique*. — Il consiste à prévenir toutes les causes de déchirure du périnée, soit en plaçant les femmes dans une position convenable, soit en donnant aux parties molles le degré de souplesse et de résistance qu'elles doivent avoir, soit en agrandissant les dimensions de la vulve lorsqu'une rupture paraît imminente. La femme doit être couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies, les genoux écartés et le siège reposant sur un coussin assez résistant pour l'empêcher de s'enfoncer dans l'épaisseur du matelas. Dans cette position, rien ne pourra contrarier les divers mouvements imprimés au fœtus.

Une question se présente ici, celle de savoir si l'accoucheur doit soutenir le périnée. Jusqu'à ces dernières années, l'opportunité de cette pratique n'avait jamais été mise en doute ; depuis, quelques auteurs l'ont attaquée, mais, selon nous, à tort. L'accoucheur se placera au côté droit de la femme. Il passe le bras droit sous la cuisse droite, la main appuyée par sa face palmaire contre le périnée, le bord cubital appuyant sur le coccyx et le pouce étendu entre la grande lèvre et la cuisse. La main doit offrir une courbure identique avec celle de la partie inférieure du canal que doit parcourir le fœtus, et il ne doit rester aucun vide entre les deux plans résistants fournis d'une part par la main, de l'autre par le sacrum et le coccyx. Par cette position, l'accoucheur a la mesure exacte de la tension du périnée. Si celle-ci est forte, si les douleurs sont vives, il engage la femme à ne faire aucune espèce d'efforts, et même il porte la main gauche sur le sommet à demi engagé, afin de le maintenir et de l'arrêter.

Si les douleurs se succèdent trop rapidement, qu'elles ne soient pas en rapport avec le degré de dilatation du périnée, il faudra tâcher de calmer l'irritabilité excessive de l'utérus en donnant des opiacés par la bouche ou en lavements. En pareil cas encore, on pourra avoir recours aux anesthésiques.

Dans les cas où, malgré toutes ces précautions, une rupture semblerait inévitable, Paul Dubois, en France, Blundell, en Angleterre, ont conseillé de pratiquer sur les côtés de la vulve une espèce de débridement, soit d'un seul côté, soit même des deux côtés. Après l'accouchement, ces incisions sont réduites à presque rien, et se guérissent facilement d'elles-mêmes.

II. *Traitement curatif.* — Le traitement curatif a pour objet de remédier aux effets d'une déchirure du périnée.

Dans les cas peu graves, la guérison a lieu sans qu'on ait besoin d'y aider, et, même avec des déchirures d'une certaine étendue, il n'y a souvent besoin que d'une très grande propreté, de maintenir la malade dans la même position, afin que les lèvres de la plaie restent bien au contact, et d'empêcher les évacuations intestinales pendant quelques jours. Si l'on échoue avec ces moyens, on peut avoir recours alors à une compression modérée : on applique un bandage autour des hanches, et une compresse graduée de chaque côté du raphé périnéal, de manière à rapprocher et à maintenir en contact les lèvres de la plaie. On a essayé de bandes adhésives, mais sans succès.

Dans les cas de déchirures incomplètes, on peut se servir des serres-fines pour rapprocher les lèvres de la solution de continuité. Ce moyen a été préconisé par M. Bourgeot (1), qui a rassemblé 24 observations

(1) V. Bourgeot, *des Déchirures du périnée et du traitement des déchirures incomplètes récentes par les serres-fines*. Thèse 1872.

de déchirures du périnée, prises à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Siredey : dans 1 cas, la réunion a été tentée par la suture, et il y a eu insuccès complet ; dans les 23 autres cas, les serres-fines ont été employées peu de temps après l'accouchement et l'on a compté 18 guérisons complètes, 2 guérisons incomplètes et 5 insuccès attribués à diverses complications (érysipèle, hémorragie des lèvres de la plaie, etc.).

En présence de ces résultats, l'auteur conclut qu'on doit toujours opérer, même les déchirures incomplètes, et pratiquer l'opération immédiatement après l'accouchement. Suivant les cas, M. Siredey applique 3 ou 4 serres-fines et les enlève après 24 ou 30 heures.

Dans beaucoup de cas, on réussit par ces simples moyens, mais souvent aussi on échoue ; quand surtout la cloison recto-vaginale est intéressée, il reste alors encore une ressource, c'est la suture.

La suture fut proposée pour la première fois par Ambroise Paré (1), et fut depuis pratiquée par Guillemeau, Delamotte (2), Saucerotte (de Lunéville) (3), Trainel (4), Noël (de Reims) (5), Dieffenbach, Ph.-J. Roux, Baker Brown, Montain (6), etc. Cette opération peut être faite, ou bien sur-le-champ, immédiatement après l'accouchement, ou bien plus tard, quand toute cause d'irritation locale a cessé, et que les lochies mêmes ont cessé de couler.

Sur ce dernier point, l'époque de l'opération, les chirurgiens ne sont plus d'accord. Roux (7) et Velpeau (8) veulent qu'on attende la cicatrisation : ils proscrivent d'une manière absolue l'opération immédiate et s'appuient sur des considérations tirées de l'état général et de l'état local. La période puerpérale prédispose aux inflammations, à la résorption purulente, la femme elle-même est fatiguée, plus impressionnable, et acceptera plus difficilement l'idée d'une opération longue et douloureuse dont on ne pourra garantir l'efficacité.

De plus, il s'agit d'opérer sur des tissus qui viennent de subir un traumatisme sérieux, qui ont été plus ou moins contondus par le passage du fœtus et qui, par cela même, sont prédisposés à la gangrène ; l'écoulement séro-sanguin, puis les lochies, viendront s'infiltrer entre les surfaces accolées et en empêcher la réunion.

Ces deux auteurs veulent donc attendre que la santé de la femme soit rétablie, que les bords de la déchirure soient revêtus d'une cicatrice ; que toutes les parties voisines soient revenues à leur état normal.

(1) Amb. Paré, *Oeuvres*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 718.

(2) Delamotte, *Accouchements*, t. II, obs. 205.

(3) Saucerotte, *Mélanges de chirurgie*. Paris, 1801.

(4) Trainel, *Journal général de médecine*, t. IV, p. 427.

(5) Noël, *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. VII, p. 187.

(6) Montain, *Revue médicale*.

(7) Roux, *Quarante Années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, t. I.

(8) Velpeau, *Nouveaux Éléments de médecine opératoire*, 2^e édition. Paris, 1839.

D'autres auteurs, et, entre autres, Danyau (1) et Demarquay, veulent, au contraire, que l'opération soit pratiquée immédiatement après l'accouchement, car alors ce n'est plus une opération, ce n'est plus qu'un pansement. Simon (de Liège) va même jusqu'à dire que l'accoucheur doit toujours avoir sous la main tout ce qu'il faut pour faire une suture du périnée, si la déchirure venait à se produire pendant le travail. Les tissus sont naturellement tuméfiés, et les surfaces de la déchirure ont de la tendance à se mettre en contact : le rapprochement pourra donc se faire exactement, sans qu'on ait à craindre les tractions des muscles de la région, et, par conséquent, sans qu'on soit obligé de faire ces incisions libératrices qui viennent toujours compliquer l'opération.

Pour obvier au peu de résistance que présentent les tissus contondus et gorgés de sang, il suffira d'enfoncer les fils de la suture un peu plus profondément et de prendre une plus grande épaisseur de tissus, et, en faisant la suture avec soin, on peut mettre les surfaces accolées à l'abri des lochies.

Tels sont les principaux arguments que présentent les partisans de l'opération immédiate. Du reste, à cette idée se sont rattachés de grands chirurgiens parmi lesquels nous citerons Dieffenbach (2) et Auguste Bérard (3). Ce dernier insiste surtout sur l'avantage de faire une opération presque sans douleur, les tissus étant encore paralysés par le travail de l'accouchement. En outre, si l'on échoue, cet insuccès ne compromet en rien les chances d'une seconde tentative.

Entre ces deux opinions, Nélaton, Verneuil, Maisonneuve (4), et Danyau, en ont émis une troisième, qui est d'attendre quelques jours après l'accouchement. Toute la plaie se recouvre de bourgeons charnus qui dispensent de faire un avivement. On n'a qu'à rapprocher ces bourgeons charnus avec des points de suture, et les tissus environnants sont encore dans un état de relâchement suffisant pour qu'on n'ait pas besoin d'avoir recours à une incision latérale et supplémentaire.

Dans deux cas rapportés par Nélaton (5), ce chirurgien opéra une fois le quatrième jour, une autre fois le septième, et le succès fut aussi complet que possible.

Nous-même, au mois de novembre 1864, assisté de M. le docteur Paul Horteloup, nous avons opéré au huitième jour de son accouche-

(1) Danyau, *Mémoire sur la périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après l'accouchement* (*Journal de chirurgie*, juin 1843).

(2) Dieffenbach, *Die operative Chirurgie*, t. I, p. 612; *la Chirurgie*, par Phillips, 1^{re} partie. Berlin, 1840, p. 73.

(3) Bérard, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, article PÉRINÉE. Paris, 1841, t. XXIII, p. 514.

(4) Maisonneuve, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1849.

(5) Nélaton, *Traité de pathologie chirurgicale*, t. V.

ment une dame atteinte d'une déchirure périnéale au troisième degré, et nous avons eu un succès complet. Si donc il nous est permis de donner ici notre opinion personnelle, ce serait à ce dernier parti que nous donnerions la préférence, en établissant, toutefois, comme règle absolue, que la femme doit ne présenter et n'a présenté aucun accident particulier.

Mais il s'en faut de beaucoup que le chirurgien ait, en général, à choisir son moment, et, dans le plus grand nombre des cas, au contraire, c'est sur des ruptures du périnée depuis longtemps cicatrisées qu'il doit agir. La sage-femme, ou le médecin-accoucheur, n'a pas voulu effrayer la malade, ou bien il a compté un peu légèrement sur une guérison spontanée, et ce n'est que plus tard, quand la femme est atteinte d'une affreuse infirmité, que le chirurgien est appelé et pratique la suture.

Les procédés varient avec l'étendue de la rupture. Nous passerons en revue les méthodes opératoires auxquelles on peut recourir suivant que la rupture est complète ou incomplète, c'est-à-dire comprend le sphincter anal ou au contraire laisse ce muscle intact.

A. *Opérations applicables dans le cas de rupture incomplète.* — 1^{er} procédé. — La malade placée sur le dos, on fait écarter les lèvres par deux aides de façon à tendre les parties et pratiquer un avivement superficiel de forme semi-lunaire (fig. 346) ; pour faciliter ce temps de l'opération, on relève la paroi antérieure du vagin au moyen d'un spéculum de Sims. L'avivement partant de la partie inférieure de la rupture remonte sur la face postérieure du vagin à environ 4 centimètres.

Lorsque la surface cruentée ne laisse plus écouler de sang, et que les artères ont été tordues ou liées avec des fils de catgut, on procède à la suture, on passe des fils de soie doubles au moyen d'une forte aiguille courbe. La première suture est insinuée à gauche dans la peau au ni-

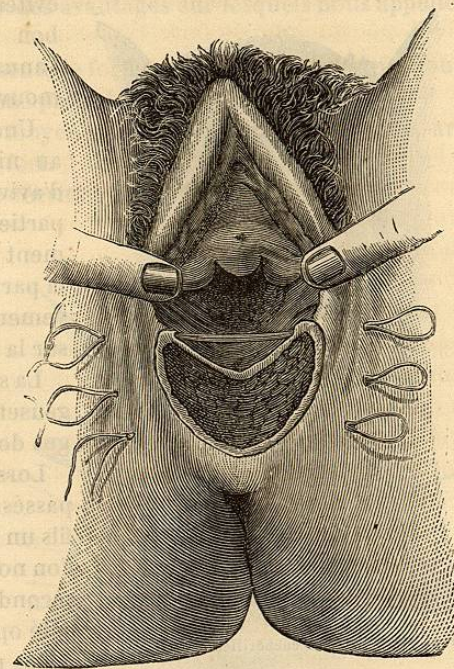


Fig. 346. — Surface d'avivement et surface en place.

veau de la partie inférieure de la plaie, un peu au-dessus du bord antérieur de l'anus et à un demi-centimètre environ de la partie cruentée. La suture chemine dans l'épaisseur des tissus en arrière de la plaie, et en avant du rectum, et ressort du côté droit dans un point correspondant à celui où elle a pénétré.

Une seconde suture pénètre au niveau correspondant à la partie la plus élevée de la surface cruentée sur la face postérieure du vagin ; pour éviter de traverser le rectum, il est bon d'introduire le doigt dans l'anus afin de suivre exactement le mouvement de l'aiguille.

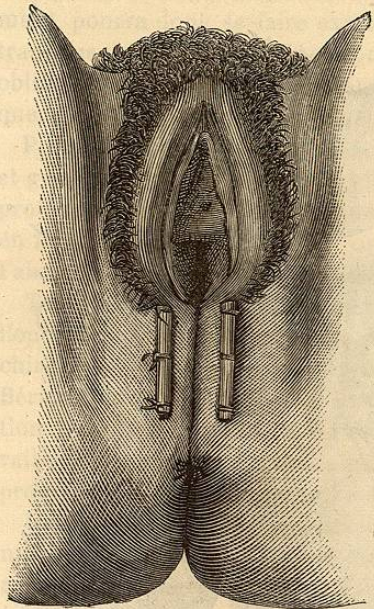


Fig. 347. — Suture enchevillée en place.

Une troisième suture est placée au niveau des cornes de la plaie d'avivement. Cette suture sort à la partie interne de la corne d'avivement à gauche, puis pénètre vers la partie interne de la corne d'avivement droite et ressort ensuite sur la peau.

La suture peut être faite avantageusement au moyen de fils de catgut doubles.

Lorsque les trois fils sont ainsi passés, on insinue dans l'anse des fils un bout de sonde en gomme et l'on noue l'extrémité des fils sur un second bout de sonde placé du côté opposé.

Les parties une fois rapprochées se présentent avec l'aspect de la figure 347.

On complète ensuite l'affrontement en passant trois à quatre sutures superficielles.

Une fois l'opération terminée, on place la malade dans son lit, les jambes tenues rapprochées, les genoux soulevés par un coussin, et l'on administre 1 centigramme d'opium toutes les deux heures afin d'obtenir la constipation pendant trois à quatre jours.

La vessie est vidée trois fois par jour au moyen de la sonde, et l'on tient le vagin parfaitement propre au moyen d'injections d'eau légèrement phéniquée.

Le troisième ou le quatrième jour on enlève les sutures profondes ; quant aux superficielles, elles peuvent rester en place jusqu'au septième jour.

Avant d'enlever les sutures superficielles, il est bon de donner un léger purgatif. La nourriture donnée à la malade sera composée de jus

de viande, d'un peu de viande, afin d'obtenir le moins de résidu possible.

La veille de l'opération, on videra l'intestin au moyen d'un purgatif léger, et le matin on fera prendre un lavement détersif.

2^e procédé. — Ce procédé, que nous allons maintenant faire connaître, ne diffère du précédent que par la façon dont les fils sont insinués dans les tissus.

Ce procédé, que nous avons communiqué au congrès d'Amsterdam en 1879, nous paraît présenter des avantages sur lesquels nous appellerons l'attention.

La surface d'avivement présente la forme et les dimensions que nous avons indiquées dans le procédé précédent.

La suture est pratiquée au moyen d'une grande aiguille courbe, armée d'un fil d'argent un peu fort.

Voici comment nous avons décrit ce procédé (1) :

L'opérateur, ayant préalablement placé dans le rectum l'index de la main gauche, fait pénétrer l'aiguille vers la corne gauche du croissant, et fait cheminer cette aiguille dans l'épaisseur des tissus, en suivant le bord concave du croissant et de manière à la faire ressortir à l'extrémité de la corne droite. Ce premier fil une fois introduit, on en place trois autres à égale distance les uns des autres. Ces trois derniers fils suivent une direction différente du premier ; ils pénètrent dans la peau à 8 millimètres environ en dehors de la surface d'avivement, puis ressortent à 5 ou 6 millimètres du bord gauche de l'avivement.

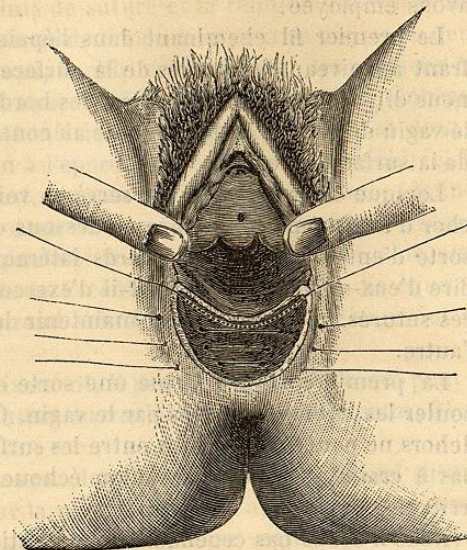


Fig. 348. — Disposition des fils dans notre procédé de suture.

On fait de nouveau pénétrer l'aiguille dans la surface d'avivement à 5 ou 6 millimètres de son bord droit, et ressortir sur la peau à 8 millimètres à droite ; de la sorte, la partie moyenne du fil se trouve libre. Les deux derniers fils sont ensuite passés de la même manière. (La figure 348 indique la disposition des fils.)

(1) Le Blond, *Sur un nouveau procédé de suture dans la périnéorrhaphie (rupture incomplète)*. *Annales de gynécologie*, septembre 1880.

On serre d'abord le fil supérieur, qui fronce les tissus à la manière d'un fil passé dans le bord d'une bourse, et l'on opère la torsion de ce fil. Lorsque le fil est serré, la partie avivée forme un entonnoir dont la paroi supérieure est constituée par le tissu vaginal que cette première suture a attiré en bas par glissement. Les trois dernières sutures, une fois serrées, amènent au contact les parois latérales de cet entonnoir.

Quand la suture est terminée, on peut voir que la paroi inférieure du vagin se continue avec la peau non avivée, sans former le moindre cul-de-sac en arrière de la nouvelle fourchette.

Comme soins consécutifs, on applique des compresses d'eau fraîche souvent renouvelées, et l'on sonde la malade trois fois par jour, afin d'éviter le contact de l'urine.

Si maintenant nous cherchons à analyser les faits, nous devons nous demander quels peuvent être les avantages de la suture que nous avons employée.

Le premier fil cheminant dans l'épaisseur de la cloison et pénétrant au niveau des cornes de la surface d'avivement, fronce, avons-nous dit, les tissus à la manière des bords d'une bourse et fait glisser le vagin de façon à l'attirer en bas au contact de l'extrémité des cornes de la surface cruentée.

Lorsque ce premier fil est serré on voit les tissus avivés se rapprocher d'eux-mêmes et former au-dessous de cette première suture une sorte d'entonnoir dont les bords latéraux se rapprochent pour ainsi dire d'eux-mêmes. Aussi suffit-il d'exercer une traction très faible sur ces sutures inférieures pour maintenir les tissus au contact l'un de l'autre.

La première suture forme une sorte de pont sur lequel viennent couler les liquides sécrétés par le vagin. Ces liquides ainsi amenés au dehors ne peuvent s'infiltrer entre les surfaces d'avivement, et l'on n'a pas à craindre de voir la réunion échouer par suite de leur contact irritant.

Nous n'avons pas cependant la prétention de croire que ce procédé doit réussir dans tous les cas où il sera appliqué. Les anaplasties sont des opérations délicates qui échouent quelles que soient les précautions prises, et sans que nous puissions, bien souvent, discerner la cause qui les a rendues impossibles.

Toutefois, ce que nous pouvons avancer hardiment, c'est que, si la réunion réussit, nous n'avons pas à craindre de voir la peau se réunir seule et former le cul-de-sac que l'on observe si souvent à la partie inférieure du vagin avec le procédé de suture employé ordinairement.

B. *Opérations applicables dans le cas de rupture complète.* — La rupture complète comprend le sphincter de l'anus et une étendue plus ou moins grande de la cloison recto-vaginale.

Lorsque la rupture s'étend à la cloison à plus de 3 ou 4 centimètres au-dessus du bord de l'anus, il est préférable, comme le recommande Gaillard Thomas (1), de pratiquer une opération préliminaire ayant pour but de restaurer la cloison jusqu'au voisinage de l'anus, et, lorsque cette restauration a eu lieu, on fait le mois suivant la suture du périnée; si, au contraire, la solution de continuité ne dépasse pas 3 à 4 centimètres, une seule opération suffit pour amener la guérison.

1^{er} Procédé. — Procédé de Demarquay.

Demarquay (2) a cherché un moyen d'obvier aux inconvénients qui peuvent faire échouer la suture du périnée. Il s'est attaché surtout à mettre les surfaces réunies à l'abri des matières liquides qui pourraient s'infiltrer entre elles et en amener le décollement.

L'avivement est dans le mode opératoire mis en pratique par M. Demarquay la partie la plus importante: c'est sur lui que repose en quelque sorte le succès, puisque c'est du soin avec lequel on le fait que dépend l'application des points de suture et la réunion plus ou moins exacte des surfaces. Cette partie de l'opération peut se diviser en deux temps. Dans un premier temps, le chirurgien agit sur les surfaces cicatricielles, il enlève de chaque côté de la cloison deux lambeaux triangulaires dont la base est inférieure et regarde la fesse, et dont le sommet tronqué correspond à l'éperon de cette cloison déchirée. La grandeur de ces lambeaux est, comme on le comprend, subordonnée à l'étendue de la cicatrice; dans un second temps, l'opérateur sépare l'une de l'autre la paroi vaginale et la paroi rectale; il dédouble ainsi la cloison dans une hauteur de 1 centimètre environ, et dissèque de chaque côté avec le plus grand soin les muqueuses du vagin et du rectum.

Après avoir pratiqué l'avivement, il procède à la suture qui peut se diviser en trois temps: 1^o suture du vagin; 2^o suture du rectum; 3^o suture du périnée.

Du côté du vagin, il fait avec des fils cirés de cinq à neuf sutures simples en commençant par la plus profonde; l'aiguille courbe armée d'un fil est enfoncée à gauche dans la muqueuse vaginale; elle traverse la lame de la cloison dédoublée et apparaît sur la surface d'avivement, puis la pointe est enfoncée sur le point correspondant de l'autre côté pour aller sortir également sur la muqueuse vaginale. On a ainsi une anse de fil dans la plaie, et les deux bouts dans le vagin. On applique exactement de la même manière les autres fils cirés qu'on pourra nouer ensuite dans ce conduit. Grâce au dédoublement de la cloison, les deux lambeaux de la muqueuse vaginale se trouveront en contact quand on serrera les fils, non par leurs bords seulement, mais aussi

(1) Gaillard Thomas, 4^e édition, traduit par Lutaud, Paris, 1879.

(2) Demarquay, in Launay, *Recherches sur la périnéorrhaphie* (Gazette médicale de Paris, 1864).

par une surface saignante d'une étendue d'autant plus grande que les fils auront traversé une épaisseur plus grande de parties avivées.

L'opérateur réunit ensuite de la même manière du côté du rectum les lambeaux de la cloison dédoublée, en plaçant également les anses de fil dans la plaie et les bouts dans l'intestin. Il opère ensuite le rapprochement des surfaces en nouant les fils; ceux-ci sont moins nombreux dans le rectum, trois ou quatre suffisent d'ordinaire.

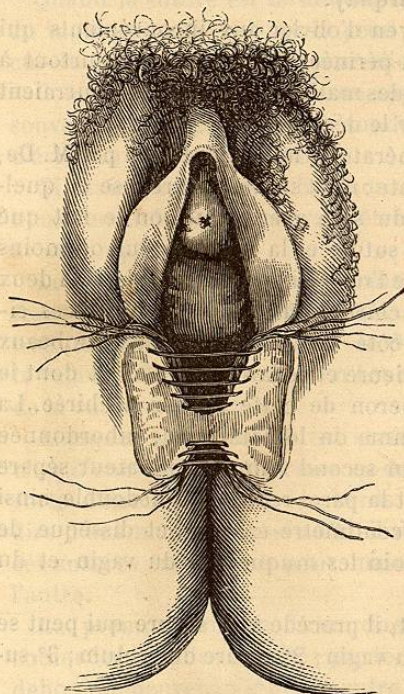


Fig. 349. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 1^{er} temps.

Quand on est arrivé à cette partie de l'opération, la plaie a la forme d'un entonnoir dont la base regarde le chirurgien qui opère et dont le fond correspond à celui de la déchirure. Les parois de l'entonnoir sont latéralement les surfaces cicatricielles avivées; en avant et en arrière il est limité par les deux sutures qui, rapprochant séparément les muqueuses du vagin et du rectum, isolent complètement les deux conduits dont nous parlons.

Il ne reste plus alors qu'à rapprocher l'une de l'autre les parois latérales de cet entonnoir; c'est ce que fait Demarquay à l'aide de trois fils métalliques qui, enfoncés profondément à l'aide d'aiguilles courbes en allant toujours de gauche à droite, vont au fond de la plaie

former trois anses. En nouant l'une avec l'autre les extrémités de ces fils, on met en contact les deux surfaces triangulaires avivées.

Enfin, pour compléter le tout, le chirurgien fait, à l'aide de fils cirés, une série de ligatures simples moins profondes qui établissent une liaison entre celles de la cloison vaginale et celles de la cloison rectale.

Le périnée est alors reconstitué complètement.

Pour mieux faire comprendre la description du procédé Demarquay, nous montrerons par quelques figures les temps principaux de l'opération. Dans la figure 349, on voit les surfaces triangulaires avivées, et de plus les sutures du côté du vagin et du côté du rectum; il ne reste plus qu'à serrer les fils pour convertir la plaie en un entonnoir, ce que montre la figure 350, dans laquelle on voit en outre les trois fils mé-

talliques destinés à rapprocher l'une de l'autre les deux parois latérales; enfin la figure 351 fait voir le périnée reconstitué.

La suture étant ainsi terminée, le chirurgien pratique les deux incisions semi-lunaires de Dieffenbach qui, comme nous l'avons dit, ont l'immense avantage de s'opposer à toute espèce de tiraillement.

D'autres procédés ont encore été proposés.

Laugier, laissant aussi de côté toute incision latérale, pratique l'opération en deux temps, pour les cas de déchirure complète du périnée et de la cloison. Il commence par aviver la cloison et la réunir par

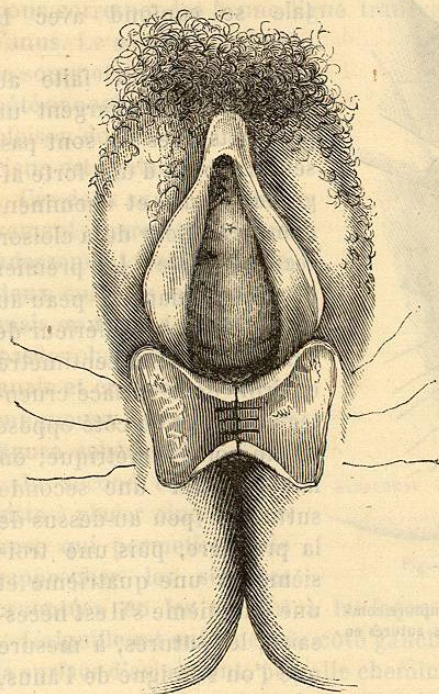


Fig. 350. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 2^e temps.

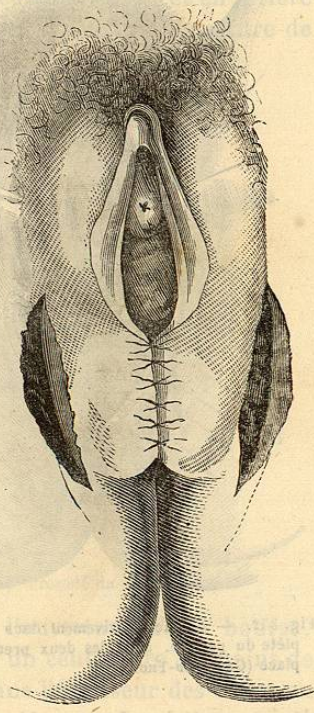


Fig. 351. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 3^e temps.

trois points de suture entrecoupée qu'il n'enlève que le neuvième jour. Un mois après, il procède à la réunion du périnée par cinq points de la même suture. Il a obtenu ainsi une guérison complète.

En Angleterre, Hilton et Baker Brown ont proposé la section du sphincter anal pour remplacer les incisions de Dieffenbach. Le premier fait une double incision sous-cutanée de chaque côté du coccyx. Le second fait dans le même point la section de ce muscle et des téguments tout à la fois.

2^e Procédé. — Procédé d'Emmet, de Gaillard Thomas et de Jude Huë de Rouen). — La femme étant placée dans le décubitus dorsal, on