

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.

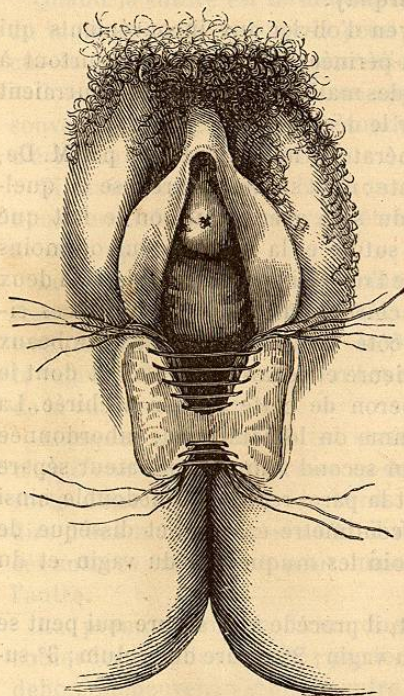


Fig. 349. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 1<sup>er</sup> temps.

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

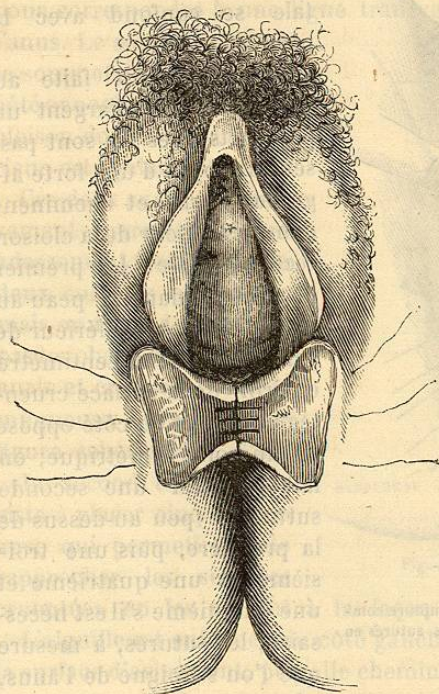


Fig. 350. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 2<sup>e</sup> temps.

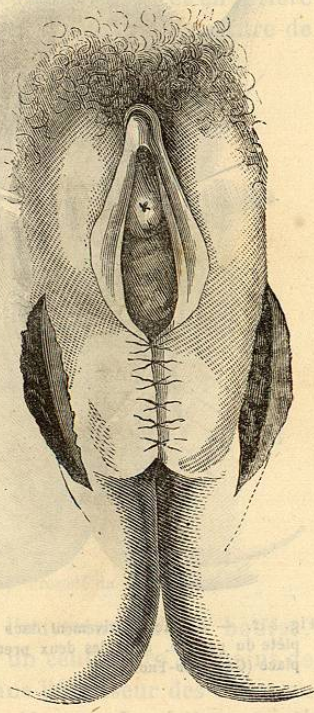


Fig. 351. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 3<sup>e</sup> temps.

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

relève la paroi antérieure du vagin avec le spéculum de Sims et l'on avive comme l'indique la figure 332. La surface d'avivement s'étend en bas de chaque côté de l'anus, jusqu'au niveau du bord supérieur de cet orifice, et remonte en haut à plus d'un centimètre au-dessus du V que forme la cloison recto-vaginale déchirée, la surface d'avivement se présente sous forme d'un croissant dont les cornes correspondent aux grandes lèvres. Du côté du rectum l'avivement s'arrête au point où la muqueuse rectale se confond avec la peau.

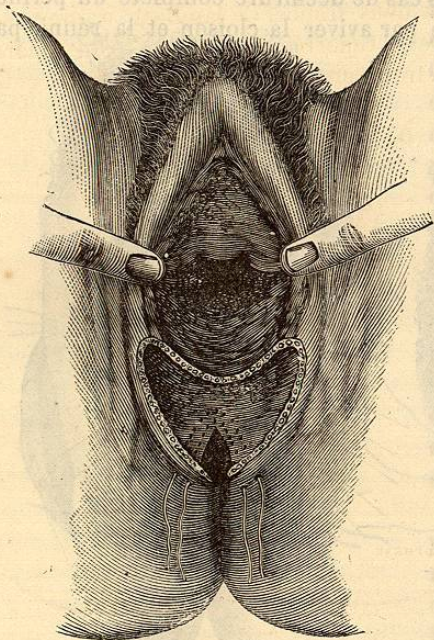


Fig. 332. — Surface d'avivement dans la rupture complète du périnée, avec les deux premières sutures en place (GAILLARD-THOMAS).

La suture est faite au moyen de fils d'argent un peu forts. Les fils sont passés au moyen d'une forte aiguille courbe, et cheminent dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Le premier fil pénètre dans la peau au niveau du bord inférieur de l'anus à un demi-centimètre environ de la surface cruentée et ressort du côté opposé en un point symétrique; on fait pénétrer une seconde suture un peu au-dessus de la première, puis une troisième et une quatrième et une cinquième s'il est nécessaire; les sutures, à mesure que l'on s'éloigne de l'anus, deviennent de plus en plus transversales. La suture la plus élevée ne chemine pas dans l'épaisseur de la cloison, elle est située au niveau des cornes d'avivement et met les cornes en contact.

Pour éviter de traverser la cloison et de pénétrer dans le rectum, il est indispensable de placer un doigt dans le rectum afin de suivre avec soin tous les mouvements de l'aiguille.

Cette précaution est indispensable, car le séjour du fil dans le rectum détermine du ténesme et favorise le passage des matières fécales au travers des sutures.

Quand les sutures sont en place on serre les fils en tordant leurs extrémités.

En examinant la figure 332 dans laquelle les deux premiers fils seulement sont passés, on verra que la suture ainsi pratiquée froissera les

tissus à la manière du fil qui entoure l'ouverture d'une bourse et aura pour effet de faire descendre la cloison recto-vaginale au niveau des extrémités des fibres du sphincter rompu et que l'on a avivées.

Cette méthode met à l'abri de la production des fistules recto-vaginales, et permet le rétablissement complet des fonctions du sphincter anal.

3<sup>e</sup> Procédé. — Procédé du Dr Terrillon (1). — Le premier temps consiste dans un large avivement en surface. On enlève un lambeau ayant plus d'étendue qu'une pièce de deux francs. Ce lambeau a une base antérieure et sa limite antérieure est reportée assez en bas et en arrière pour correspondre à une ligne transversale passant par le centre de l'anus. Le sommet rejoint le sommet du lambeau du côté opposé au niveau de la cloison dont le bord antérieur est également avivé.

Ces deux surfaces d'avivement permettent un adossement très étendu de deux surfaces cruentées, mais on a grand soin de ne pas toucher à la muqueuse anale et encore moins à la muqueuse rectale (voir figure schématique 353).

Le second temps consiste à placer cinq fils en anse qui permettront de rapprocher les surfaces cruentées en les serrant à la façon de l'ouverture d'une bourse.

L'aiguille est enfoncée du côté gauche à un centimètre au moins de la surface d'avivement, puis elle chemine dans l'épaisseur des tissus en la tenant parallèlement à la surface cruentée et toujours à un centimètre de profondeur. Lorsque la pointe arrive au niveau de la cloison vaginale on la fait cheminer dans l'épaisseur de cette cloison en ayant soin de tenir cette cloison entre le pouce et l'index de la main gauche de façon à ne pas atteindre la muqueuse rectale.

La cloison étant traversée parallèlement à sa surface, l'aiguille reprend du côté droit au-dessous de la surface saignante un chemin inverse de celui qu'elle a parcouru à gauche.

La pointe vient bientôt sortir à un centimètre au moins de la limite d'avivement à droite.

Les fils sont tous passés de la même façon, mais avec cette différence

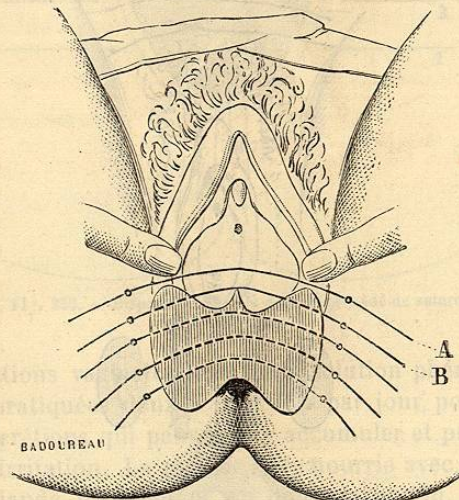


Fig. 353. — Procédé du Dr TERRILLON.

(1) Terrillon, *De la périnéorrhaphie pour remédier à la rupture complète* (Annales de Gynécologie, mai 1879, p. 330).

que le plus inférieur est disposé très obliquement de bas en haut et d'avant en arrière.

Le fil supérieur est le seul dont l'anse ne passe pas à travers la cloison, il est libre dans sa partie médiane.

Ces fils forment le premier plan de suture, et ils sont pris de la façon suivante : le fil est double et forme d'un côté une série d'anses dans lesquelles on passe un bout de sonde.

Du côté opposé (à gauche) les deux chefs du fil sont placés au bout d'une sonde analogue et fixés après avoir tiré avec force sur eux au moyen de boutons sur lesquels on écrase un tube de Gallé qui entoure les deux fils.

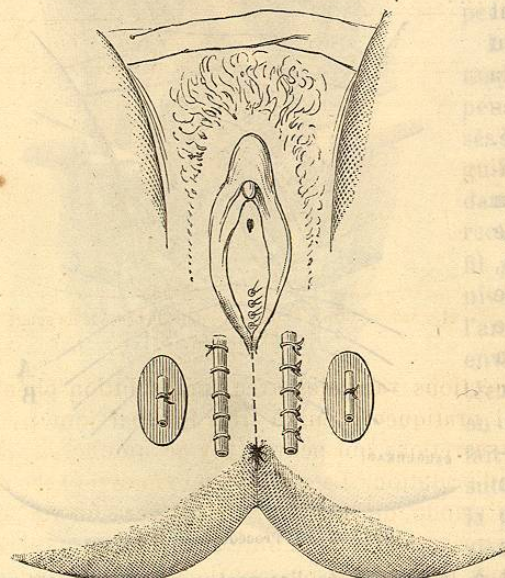


Fig. 334. — Déchirure du périnée. Procédé du Dr TERRILLON. Suture enchevillée en place.

Dans la crainte que les faces soient insuffisamment appliquées on passe un grand fil transversal à 3 ou 4 centimètres de la première suture et qui ressort du côté opposé à égale distance. Ce fil serre avec énergie ces surfaces cruentées, et les applique l'une contre l'autre par l'intermédiaire de plaques de plomb (fig. 354).

Alors on procède à l'application d'une autre série de sutures qui a une grande importance, car elles rapprochent des parties qui ne sont pas affrontées suffisamment par la première et aussi parce que, en rapprochant ces parties, elles empêchent les mucosités vaginales d'atteindre les parties profondes que l'on cherche à réunir.

Six fils simples en suture entrecoupée sont placés dans le vagin pour réunir les bords de la muqueuse. Cette suture est faite avec grand soin et assez facilement, grâce à l'emploi d'un spéculum de Sims placé en avant contre la paroi antérieure du vagin qu'il repousse.

M. Terrillon place une sonde en gomme rouge dans l'urèthre de façon à ce que la malade ne soit pas sondée. Les jambes attachées de façon à ne pouvoir être écartées sont soutenues par un coussin placé sous les genoux.

La constipation est obtenue par des pilules d'opium.

Dans la crainte que les faces soient insuffisamment appliquées on passe un grand fil transversal à 3 ou 4 centimètres de la première suture et qui ressort du côté opposé à égale distance. Ce fil serre avec énergie ces surfaces cruentées, et les applique l'une contre l'autre par l'intermédiaire de plaques de plomb (fig. 354).

Alors on procède à l'application d'une autre série de sutures qui

4<sup>e</sup> Procédé. — Procédé du Dr Bantock. — Dans ce procédé l'avivement ne diffère pas sensiblement de celui que nous venons de décrire.

L'auteur refait la cloison recto-vaginale au moyen de trois ou quatre sutures placées comme l'indiquent les chiffres 6, 7, 8 (fig. 355). Le périnée est ensuite reposé en plaçant des fils transversalement comme on le voit par les chiffres 1, 2, 3, 4, 5. Ces fils sont placés dans l'épaisseur de la cloison sauf pour les deux fils antérieurs dont une partie AB, CD, est libre dans le vagin.

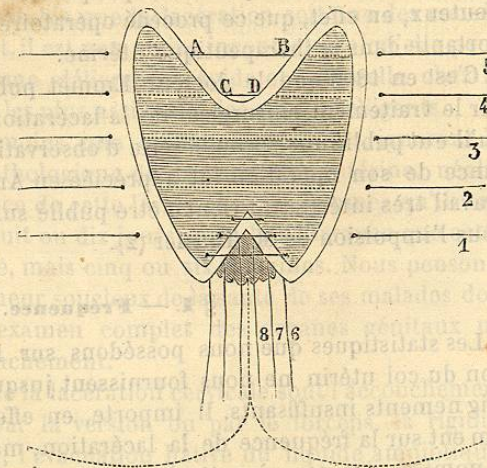


Fig. 355. — Disposition des fils dans le procédé de suture du Dr BANTOCK (\*).

Quelque soit le procédé employé, la malade doit être sondée trois à quatre fois par jour, et la constipation doit être obtenue, en administrant toutes les deux heures une pilule d'opium de un centigramme. Des injections vaginales avec une solution phéniquée au centième seront pratiquées deux à trois fois par jour pour débarrasser le vagin des sécrétions qui peuvent s'y accumuler et prévenir ainsi toute cause d'irritation. La malade sera nourrie avec un peu de viande, du jus de viande, du bouillon, on donnera du vin, du thé, du café. Le lait sera pris en petite quantité à cause des matières dures qu'il peut déterminer et qui, en passant lors de la première garde-robe, pourraient déterminer la rupture de la cicatrice.

Les fils peuvent être enlevés le 4<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> jour, mais auparavant il est bon d'administrer un léger laxatif et de délayer les matières contenues dans l'intestin au moyen d'un lavement huileux.

CHAPITRE VII

LACÉRATION DU COL UTÉRIN.

On désigne sous ce nom les déchirures plus ou moins étendues qui peuvent se produire dans le parenchyme du col utérin pendant l'accouchement sous l'influence de la tension excessive de l'organe.

Signalées depuis longtemps par les accoucheurs et notamment par

(\* 1. 2. 3. 4. 5. Fils placés transversalement ; 6. 7. 8. Fils pour la réunion de la cloison recto-vaginale ; A. B. C. D. Parties libres des fils dans le vagin.