

chouc, introduit dans le rectum, sert à guider la pointe de l'aiguille qui, à aucun moment, ne doit devenir apparente dans la lumière rectale. Ce premier point « anal » placé, on en dispose successivement, de bas en haut, une série qui ont pour but de restaurer le périnée. Ici encore l'aiguille est introduite de façon à comprendre, dans sa concavité, la plus grande quantité possible de tissus fibro-musculaires ; en un mot, se souvenant qu'au-dessous de la rupture cutané-muqueuse, il s'est fait une déchirure des tissus

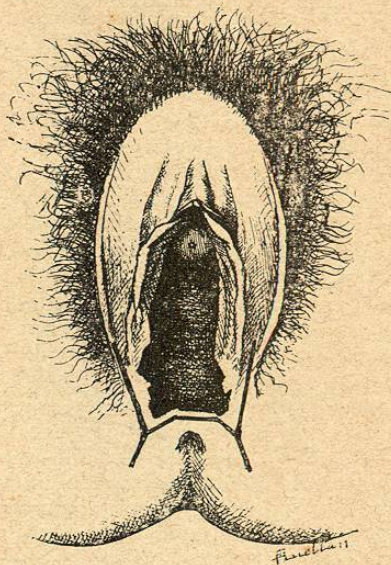


Fig. 2. — Déchirure du périnée; périnéorrhaphie, procédé de Lawson Tait. Tracé des incisions.

musculo-fibreux du périnée et que le plancher périnéal ne peut être convenablement restauré que si les fibres musculaires de la région, c'est-à-dire principalement les fibres du muscle releveur de l'anus, sont rapprochées et soudées sur la ligne médiane, on s'efforce de faire cette restauration aussi complète que possible.

Pour être bien faite, cette opération exige une certaine expérience. Pour celui qui n'en a pas l'habitude, l'intervention

est longue et laborieuse, aussi la plupart des chirurgiens préfèrent-ils l'opération plus simple de Lawson Tait. Il s'agit, dans le procédé anglais, d'une véritable autoplastie, l'avivement est obtenu par dédoublement des tissus périnéaux. Le chirurgien anglais trace au bistouri une incision en H irrégulière, c'est-à-dire que le trait transversal, qui correspond à la cloison recto-vaginale ou à ses débris, est beaucoup plus rapproché de l'extrémité postérieure que de l'extrémité antérieure des branches verticales (fig. 2). Celles-ci se dirigent latéralement en avant vers l'origine des petites lèvres et longent, en arrière, de chaque côté, l'anus. L'incision tracée, deux pinces érignes saisissent, en sens contraire, les deux lèvres de la section transversale et le dédoublement est effectué avec le bistouri, ou mieux à coups de ciseaux mousses, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, en s'efforçant de n'effondrer ni la paroi vaginale ni la paroi rectale ; lorsqu'on a ainsi pénétré à une profondeur de quelques centimètres sur la ligne médiane, le dédoublement du périnée est poursuivi sur les parties latérales, au niveau des branches verticales ; on taille ainsi, à coups de ciseaux, dans l'épaisseur du périnée et on obtient bientôt, dans l'ensemble, une large brèche qui sera comblée par affrontement et suture sur la ligne médiane des deux plaies latérales. La partie postérieure de la suture assure la restauration du sphincter de l'anus et la portion antérieure celle du plancher périnéal. Dans les déchirures incomplètes du périnée, sans division du sphincter externe de l'anus, on supprime la portion postérieure des incisions verticales et, dans son ensemble, le tracé a l'aspect d'un U ouvert en haut et en avant. — Le procédé de Doléris s'adresse aux déchirures incomplètes du périnée avec rectocèle ; il a pour but de refaire la fourchette et de resserrer la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin ; sa description viendra mieux à propos plus loin. Pozzi, emploie une technique très comparable (fig. 3, p. 16) à celle de Lawson Tait ; cependant les fils de suture sont placés d'une façon différente. Dans son procédé, Lawson Tait faisait sortir les fils dans la plaie près de la peau, tandis que, dans la technique de Pozzi, comme dans tous les procédés actuels, les fils sortent au niveau de la peau, à une certaine distance des bords de la plaie. Ces fils sont placés à la façon d'Emmet, avec l'aiguille de cet auteur, en cheminant sous la plaie. De plus Pozzi, avant de serrer ces fils, place un ou plusieurs plans

de surjets au catgut qui ont pour but de renforcer encore la suture.

Tout dernièrement, Pierre Delbet, Proust et Duval ont proposé un procédé « anatomique » de périnéorrhaphie dont

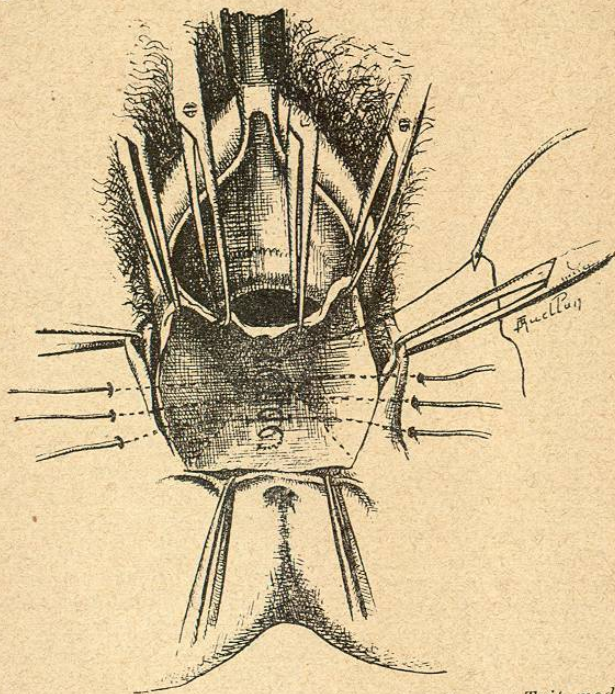


Fig. 3. — Déchirure du périnée, procédé de Lawson Tait modifié par Pozzi. Dédoublément achevé. Fils profonds en place, surjet commencé.

le point capital réside dans la recherche et l'isolement des bords des deux muscles releveurs de l'anus qu'on suture sur la région médiane. Ce procédé nécessite une dissection minutieuse et prolongée de la région périnéale profonde qui ne va pas sans un suintement sanguin abondant. Les résultats obtenus par ces auteurs sont encore trop peu nombreux, ou trop récents, pour qu'ils permettent de juger la mé-

thode. Néanmoins, on peut faire remarquer que, dans toutes les bonnes techniques de périnéorrhaphie, on a la préoccupation de rapprocher les masses musculaires de la région sur la ligne médiane; or ces masses musculaires sont principalement représentées par les releveurs de l'anus. L'originalité du procédé récemment proposé réside donc uniquement dans la suture isolée du bord interne de ces muscles. Il y a lieu de se demander si cette suture isolée vaut la suture en masse des procédés habituellement employés, dans lesquels les fibres musculaires sont renforcées par le tissu fibreux qui les environne. En règle générale, la suture musculaire isolée est mauvaise, car les fils manquent de point d'appui. C'est ainsi que, dans une cure de hernie épigastrique ou de hernie ombilicale, ou même dans une simple laparotomie, lorsqu'on ferme la paroi en rapprochant et suturant le bord interne des muscles grands droits sur la ligne médiane, il faut avoir grand soin de prendre la gaine fibreuse avec le muscle, sous peine de voir le fil couper le tissu musculaire et la suture échouer. Au reste, les procédés anciens bien employés ont fait leurs preuves et peut-être n'est-il pas nécessaire de mettre en usage une nouvelle technique, élégante à coup sûr, mais plus compliquée, entraînant une opération plus longue, plus pénible et plus hémorragique.

Une des conditions principales de succès dans la périnéorrhaphie réside dans la préparation de la malade et dans la surveillance attentive de la suture pendant les premiers jours qui suivent l'opération. La malade sera purgée deux ou trois jours de suite de façon à obtenir une évacuation complète de l'intestin. Tout ce travail de purgation sera terminé l'avant-veille de l'opération et, à partir de ce moment, la malade sera soumise à une alimentation légère: le régime lacté, les œufs, en formeront la majeure partie. La veille de l'opération, la malade est constipée par des pilules d'opium à la dose de 3 à 4 centigr. par jour; l'opium est continué le jour de l'opération et les deux jours qui suivent, surtout s'il y a quelque menace de garde robes. Je n'insiste pas sur la désinfection soignée du vagin, du rectum et du périnée au moment de l'opération. Sitôt que la malade est reportée dans son lit, les jambes sont maintenues au contact par une serviette nouée au-dessus des genoux; les jarrets sont soutenus par un traversin. Les urines sont évacuées par un sondage fait, régulièrement, 3 ou 4 fois

Fig. 4. — Suture d'une déchirure complète du périnée. Application de la suture périnéale. On voit en haut les sutures vaginales. Il est important de noter la direction de l'aiguille. Elle est enfoncée près du bord de la plaie périnéale et perpendiculairement à ce bord, s'enfonce légèrement en dehors, puis chemine profondément sous toute l'épaisseur de la plaie pour ressortir du côté opposé. Dans le fond de la plaie on aperçoit les nœuds des sutures profondes au catgut.

par jour, ou bien on laisse une sonde à demeure pendant tout le temps que les fils sont en place.

Pendant les premiers jours les malades sont soumises à une diète relative. Au 4^e jour, on favorise une garde-robe en donnant un lavement. Toutefois, si on a affaire à une déchirure complète, il est préférable de laisser la malade constipée pendant au moins dix jours, et la première garde-robe doit être rendue liquide par un ou deux lavements.

Chaque jour, la ligne de suture périnéale est soigneusement asséchée et recouverte de gaze stérilisée, puis de coton. De même, on renouvelle quotidiennement le petit tampon de gaze stérilisée ou mieux de gaze iodoformée, placé à la vulve, à l'entrée du vagin, pour absorber le léger suintement vaginal à peu près inévitable.

Grâce à toutes ces précautions, la cicatrisation se fait rapidement et, au 9^e jour, on enlève les fils d'argent placés au périnée. Quinze jours de lit sont encore indispensables pour consolider la cicatrice périnéale.]

La restauration des déchirures complètes cicatrisées du périnée offre, avec le traitement des déchirures récentes, cette seule différence que l'on emploie plus de temps pour préparer la patiente et qu'il faut aviver la plaie. L'avivement de la plaie reproduit la forme de papillon figurée sur la planche I. Il faut veiller attentivement à l'isolement des muscles. La suture et le traitement consécutif sont les mêmes. La malade peut se lever au bout de deux ou trois semaines.

Le délai minimum qui convienne pour opérer après l'accouchement est de six semaines. Les femmes qui ne nourrissent pas se lèvent après les premières règles qui reviennent au bout de ce temps.

La réunion par suture d'une déchirure périnéale qui bourgeonne réussit plus communément qu'on ne saurait le penser. Toutefois, on peut redouter d'alarmantes apparitions

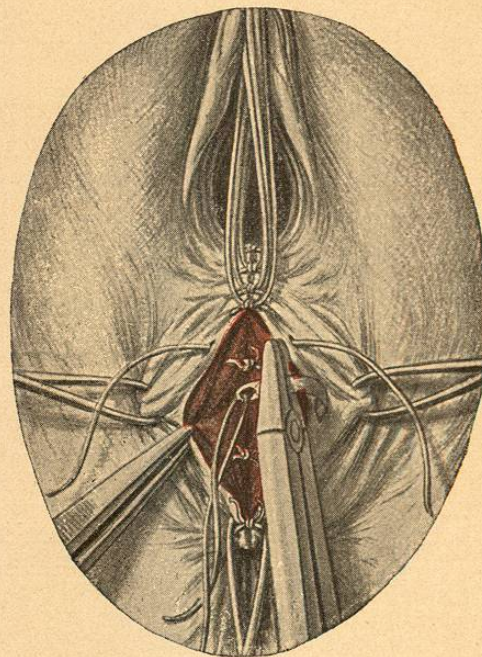


Fig. 4. — Suture d'une déchirure complète du périnée.

de fièvre dues, soit à la résorption qui se produit à la surface de la plaie avivée et préparée avec les ciseaux, soit à la formation d'abcès, qu'à la vérité j'ai toujours vu s'ouvrir par une petite fistule, puis guérir franchement.

Le *résultat final* doit être la reconstitution d'un périnée non seulement suffisamment haut, mais encore suffisamment étoffé (fig. 4).

2. Suture de la déchirure incomplète du périnée.

Dans les cas de déchirures incomplètes du périnée, la disposition des sutures vaginales et périnéales est semblable à celle décrite pour les ruptures complètes du périnée.

Ici aussi, dans le cas d'une large rupture, les sutures devront comprendre une notable épaisseur de tissus. Il n'est pas nécessaire qu'elles soient par trop nombreuses, car on ne saurait, sans présomption, tabler sur la résorption du suintement sanguin. On doit particulièrement soigner la suture des *pertes de substance de la fosse naviculaire*, qui peuvent co-exister avec des téguments périnéaux restés intacts.

Les *soins consécutifs* sont ceux déjà décrits.

La conduite à tenir pour l'*avivement*, dans les cas de *ruptures périnéales incomplètes et cicatrisées* est la même que celle usitée dans les *périnéoplasties* pour déchirures récentes (voy. fig. 5 à 15).

Il est rare de trouver de larges déchirures médianes : généralement elles siègent latéralement par rapport à la colonne vaginale postérieure. Aussi *Küstner* insiste-t-il sur l'importance des *avivements latéraux* pour le succès de la

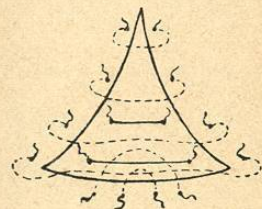


Fig. 5.— Colpopérinéorrhaphie d'Hegar avec 2 sutures profondes.

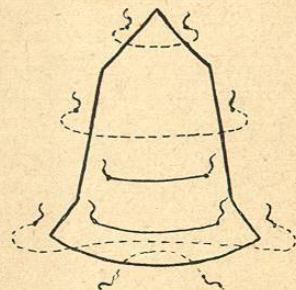


Fig. 6.— Colpopérinéorrhaphie de Fritsch.

cicatrisation, alors que, primitivement, l'on n'employait que des avivements médians ou symétriques, qui sont, au reste, encore usités.

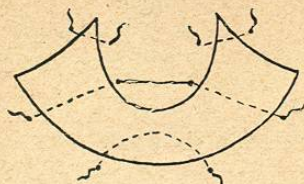


Fig. 7. — Périnéoplastie de Bischoff.

Dans ces deux genres de procédés, une hauteur suffisante des avivements permet d'arriver à la coarctation du vagin : colpopérinéorrhaphie ou simple périnéoplastie.

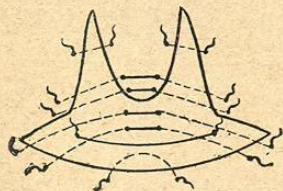


Fig. 9. — Colpopérinéorrhaphie de Freund.

Suivant la profondeur à laquelle on aura été, d'avant en arrière dans le vagin, et latéralement sur les petites lèvres, on aura un périnée large ou étroit, haut ou bas. C'est ainsi par exemple, qu'un périnée haut et étroit peut suffire, s'il subsiste des parois vaginales tendues avec des organes génitaux internes en position normale, alors que le vestibule bâille, et que, par suite, les tissus sont atteints, au contact de l'air, d'inflammation catarrhale; cette conduite est à recommander surtout chez les jeunes femmes qui seront appelées ultérieurement à accoucher encore (méthode de von Winckel).



Fig. 10. — Périnéauxesis de V. Winckel.

Les principes de ces dernières méthodes sont les suivants :

a) Avivements symétriques, médians, sans égard à la colonne vaginale postérieure (méthodes de *Fritsch*, *Hegar*, *Simon*).

b) Procédé analogue avec conservation de la colonne vaginale postérieure (méthodes de *Bischoff*, *Freund*, *A. Martin*, *von Winckel*).

c) Avivements avec conservation des lambeaux disséqués : (autoplastie à lambeaux d'après les procédés de *Lawson Tait*, *Sanger*) : et procédés par incisions simples (*Fritsch*, *Küstner*).

Nous étudierons plus loin le *Colpopérineauxesis* de *Hegar* (appartenant au groupe a), car ce procédé intéresse sur une grande hauteur la paroi vaginale, et n'est exécutable qu'avec des instruments permettant d'opérer à ciel ouvert (fig. 5).

Au groupe b) appartient la *colpopérinéoplastie* de *Bischoff* représentée fig. 7, qui se rapproche de celle de *Freund*.

On dissèque un lambeau de la façon suivante : une première incision circonscrit, dans le vagin, un lambeau en forme de langue, de 2 à 3 cm. de large : une seconde incision, concentrique à la première, passe au point où se trouvait la fourchette vulvaire; latéralement, cette seconde incision monte un peu plus haut, atteignant presque ou tout à fait les petites lèvres, les points terminaux de cette courbe sont réunis par des incisions en droite ligne aux extrémités de l'incision vaginale. De la sorte, après dissection du lambeau comprise entre les incisions se trouve réalisée la figure 8. Chacun des deux triangles latéraux est réuni séparément; il en résulte un plissement latéral. Des fils sont ensuite passés, de façon à appliquer l'extrémité du raphé périnéal contre la pointe du lambeau vaginal et à appliquer, les uns contre les autres, les points symétriques de la surface d'avivement, ainsi qu'on peut le voir dans la fig. 8.

Le tracé des incisions dans le procédé de *Freund* (fig. 9) est analogue; mais, ici, les triangles latéraux d'avivement sont poussés plus loin dans le vagin et de chaque côté de la colonne vaginale.

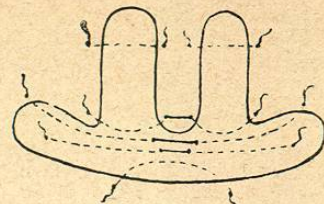


Fig. 11. — Colpopérinéorrhaphie postérieure de A. Martin et périnéauxesis avec une suture profonde.

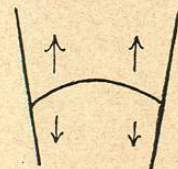


Fig. 12. — Tracé des incisions pour le dédoublement d'après *Lawson Tait* et *Sanger*.

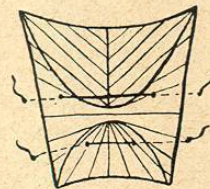


Fig. 13. — Placement des sutures après le dédoublement.

Fig. 8. — Périnéoplastie d'après Bischoff (voy. fig. 7). *Pose des sutures.* — Les extrémités supérieures de l'avivement sont érigées; elles sont réunies séparément, alors que le reste est suturé par des fils, partant de la peau périnéale, passant sous la surface cruentée, réapparaissant dans le vagin, pénétrant de nouveau sous la surface d'avivement du côté opposé, pour réapparaître sur la peau périnéale. De la sorte, une fois les fils noués, les deux moitiés symétriques de l'avivement viendront s'appliquer l'une sur l'autre. Chaque fil devra apparaître sur un petit espace dans la plaie: une fois les nœuds serrés, la profondeur de la plaie se trouvera diminuée d'autant. Les bords des incisions doivent être légèrement disséqués. Les nœuds ne sont faits qu'après la pose de tous les fils afin d'obtenir une réunion symétrique.

Pour nous, nous préférons le tracé de *Bischoff*, mais plus étroit, et plus allongé latéralement, sans prolongements triangulaires (fig. 10). Aussi traçons-nous un avivement arqué comprenant la commissure postérieure du vestibule. Les moitiés latérales de cette figure sont appliquées l'une contre l'autre; à cet effet, chaque fil, enfoncé dans la peau périnéale, passe sous la surface cruentée, reparaît dans le vagin, s'enfonce à nouveau sous le bord vaginal de l'autre moitié de l'avivement, chemine sous cette région pour finalement ressortir à travers la peau périnéale. De la sorte on obtient une réunion en forme de J. L'inventeur de ce procédé, *von Winkel*, suture en outre, au-dessus de l'extrémité supérieure de la ligne de réunion, deux lambeaux écourtés, provenant de l'avivement de chacune des deux moitiés. Il ne peut évidemment résulter de l'emploi de ce procédé qu'une périnéoplastie pure, au sens le plus exclusif du mot.

A. Martin après avoir fait un avivement commissural, y ajoute deux prolongements en forme de doigts, parallèles à la colonne postérieure, remontant aussi haut qu'on le désire, dans le vagin; et deux prolongements latéraux. Il suture séparément chacun des deux prolongements vaginaux; les prolongements latéraux, et la zone commissurale qui les réunit, sont suturés comme dans les autres procédés (v. fig. 11).

Le principe des périnéoplasties à lambeau et à dédoublement du groupe c, consiste à économiser le plus possible l'étoffe périnéale, en séparant les uns des autres les tissus anormalement soudés entre eux. *Lawson-Tait et Sanger* le faisaient en décollant l'un de l'autre le vagin et le rectum

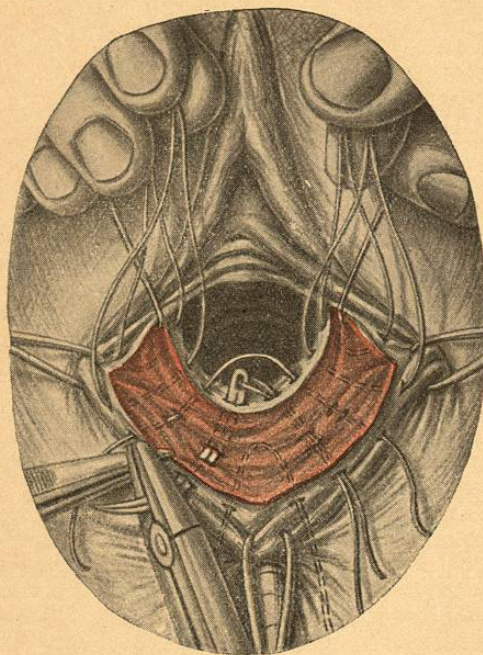


Fig. 8. — Périnéoplastie d'après Bischoff. Pose des sutures.