

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

Déchirure du périnée. — Perineorrhaphie.

Histoire et examen d'une malade de la salle 8, atteinte d'une déchirure étendue du périnée.
Description du procédé qui fut employé avec succès pour ce cas particulier : Préparation de la malade; premier, deuxième et troisième temps. — Soins consécutifs.
Avantages présentés par l'affrontement de larges surfaces. — Avantages qui paraissent appartenir au procédé décrit.
Note sur le résultat de l'opération.

Messieurs,

Vous venez d'examiner à la salle 8 une jeune femme entrée récemment dans le service pour réclamer la guérison d'une infirmité des plus pénibles : il s'agit d'une large déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale. Agée de vingt-quatre ans, cette malade a eu deux accouchements : le premier, en décembre 1882, s'est terminé par une application de forceps et une déchirure incomplète ; le deuxième, en mai 1884, accompli spontanément mais très rapidement, trop rapidement, après une heure de travail, a complété dans de larges proportions la rupture du périnée commencée deux ans auparavant.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

Déchirure du périnée. — Perineorrhaphie.

Histoire et examen d'une malade de la salle 8, atteinte d'une déchirure étendue du périnée.
Description du procédé qui fut employé avec succès pour ce cas particulier : Préparation de la malade; premier, deuxième et troisième temps. — Soins consécutifs.
Avantages présentés par l'affrontement de larges surfaces. — Avantages qui paraissent appartenir au procédé décrit.
Note sur le résultat de l'opération.

MESSIEURS,

Vous venez d'examiner à la salle 8 une jeune femme entrée récemment dans le service pour réclamer la guérison d'une infirmité des plus pénibles : il s'agit d'une large déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale. Agée de vingt-quatre ans, cette malade a eu deux accouchements : le premier, en décembre 1882, s'est terminé par une application de forceps et une déchirure incomplète ; le deuxième, en mai 1884, accompli spontanément mais très rapidement, trop rapidement, après une heure de travail, a complété dans de larges proportions la rupture du périnée commencée deux ans auparavant.

Aucune tentative de réunion ne fut faite après l'accouchement, et c'est regrettable, car l'application rigoureuse de la méthode antiseptique permet aujourd'hui de ne plus attendre l'échéance tant contestée de la période puerpérale pour intervenir avec succès. Les nombreuses observations consignées dans le récent mémoire de M. Doléris fournissent un appoint sérieux aux partisans convaincus de l'intervention immédiate, qui a le sérieux avantage d'empêcher ou tout au moins de diminuer le champ des inoculations infectieuses, de préserver la malade d'un long traitement, d'une infirmité fâcheuse et des préoccupations d'une opération secondaire.

Lorsque vous avez examiné notre jeune malade, vous avez pu constater, en écartant les grandes lèvres, que le périnée est complètement détruit, que le vagin et le rectum, mis en large communication, ne forment plus qu'un vaste cloaque à leur partie inférieure. La cloison recto-vaginale est divisée dans une étendue de quatre centimètres sur la ligne médiane. — Les bords écartés de cette déchirure donnent à la brèche l'aspect d'un triangle dont la base fictive ne mesure pas moins de trois centimètres. Sur ces bords, qui se confondent insensiblement à leur partie inférieure, avec les téguments des grandes lèvres et des plis rayonnés de l'anus, on distingue très nettement la muqueuse vaginale et la muqueuse rectale adossées et tranchant l'une sur l'autre par la coloration rose

de la première, rouge sombre de la deuxième. Il n'existe encore ni cystocèle, ni rectocèle; l'utérus n'est pas sensiblement abaissé; mais soyez bien convaincus que ces complications ne tarderaient pas à se produire si nous ne rendions pas aux organes de l'excavation pelvienne le point d'appui, le support périnéal qu'ils ont perdu. La perspective de ces accidents légitimerait donc une intervention, si déjà celle-ci n'était commandée par l'incontinence absolue des gaz et des matières fécales, tant solides que liquides. La division complète du sphincter anal, dont les fonctions se trouvent annihilées, vous explique suffisamment cette incontinence, qui constitue une infirmité dégoûtante et crée à cette jeune femme une existence intolérable.

Je ne veux pas, Messieurs, vous retracer ici la longue liste des méthodes opératoires destinées à réparer les déchirures du périnée, les variétés innombrables de sutures, les formes et les directions infinies des incisions libératrices ou des lambeaux autoplastiques. Leur nombre témoigne évidemment des difficultés variées avec lesquelles les chirurgiens se sont trouvés aux prises, et chacun, peu satisfait sans doute des procédés employés par ses devanciers, cherchait toujours un moyen plus efficace. — Comme d'autres, j'ai subi cette influence, et, dans mes méditations sur la périnéorrhaphie, j'ai dès longtemps arrêté dans mon esprit les divers détails d'une opération que je

n'ai pas encore eu l'occasion d'appliquer, mais qui me semble *à priori* devoir répondre à toutes les indications.

Toute périnéorrhaphie se réduit en définitive à l'avivement et à l'affrontement des bords de la déchirure plus ou moins étendue du périnée. — Or, voici comment je me propose d'exécuter les divers temps de l'opération.

Préparation. — La malade prendra, la veille, quinze grammes d'huile de ricin et le matin même un lavement émollient, de façon à bien vider l'intestin et le préparer à une constipation de quatre ou cinq jours,



qui sera entretenue par l'administration quotidienne de dix centigrammes d'extrait d'opium. Au moment de l'opération, le vagin et tout le champ opératoire seront largement désinfectés avec l'eau phéniquée à 5% et la malade, placée dans la position du spéculum, sera anesthésiée par le chloroforme.

PREMIER TEMPS. — *Incision, direction, limite.* — Un spéculum de Bozeman soulevant la paroi antérieure du vagin, il faudra tendre avec une pince la lèvre gauche de la déchirure recto-vaginale; faire tout le long de ce bord sur la muqueuse vaginale et à un millimètre de la ligne de

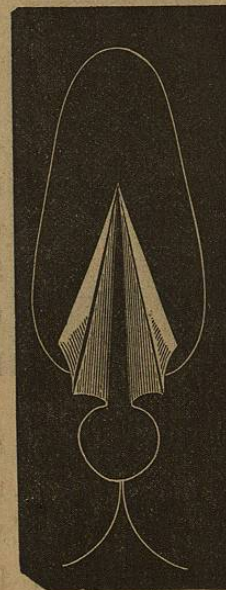
jonction avec la muqueuse rectale une incision étendue du sommet du triangle jusqu'à sa base fictive, c'est-à-dire jusqu'au milieu de l'espace qui sépare la grande lèvre des plis rayonnés de l'anus. Cette incision pourra, à la rigueur, être prolongée verticalement en haut, au-dessus du sommet du triangle, si c'est nécessaire, pour faciliter la dissection et l'affrontement.

Dans tous les cas, elle ne dépassera pas en profondeur l'épaisseur de la muqueuse vaginale.

La même manœuvre sera répétée sur le côté droit.

DEUXIÈME TEMPS. — *Dédoublement de la cloison.* —

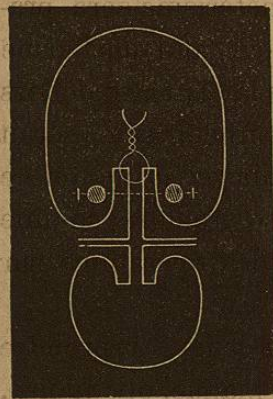
La muqueuse vaginale, saisie avec une pince à dents de souris, sera séparée à l'aide du bistouri de la muqueuse rectale dans toute la hauteur de l'incision tracée; la cloison recto-vaginale et les téguements compris entre la partie inférieure de la grande lèvre et les plis rayonnés de l'anus seront dédoublés, à droite et à gauche, dans une largeur de un centimètre, de telle sorte que, lorsqu'on fera l'affrontement, les surfaces cruentées se toucheront dans une étendue de deux centimètres, un centimètre du côté du rectum, un centimètre du côté du vagin, comme on peut le voir dans le schéma qui vous est présenté.



Ce même schéma fait comprendre aussi le mode

d'affrontement des lambeaux formant une double crête saillante, l'une du côté du vagin, l'autre du côté du rectum, cette dernière présentant dans son point le plus culminant une surface de deux millimètres, non avivée et constituée par la portion de muqueuse vaginale laissée adhérente à la muqueuse rectale sur toute l'étendue du bord cicatriciel qui formait les limites de la déchirure périnéale.

« TROISIÈME TEMPS. — *Suture.* — Un double plan de sutures est nécessaire. La suture profonde est enchevillée. Avec un chasse-fil de Mathieu, armé d'une aiguille



coudée latéralement et chargée d'un fil d'argent recuit, je pénètre dans la cloison recto-vaginale à un centimètre en dehors de la base du lambeau vaginal, je chemine dans l'épaisseur de la cloison en ayant bien soin de ne pas toucher à la muqueuse rectale; l'aiguille sort vers la partie moyenne de la surface cruentée et traverse en sens inverse le lambeau du côté opposé. Les points de suture sont espacés de sept à huit millimètres.

L'extrémité de chaque fil est alors reprise avec une aiguille à suture ordinaire et traverse les parois d'une sonde en caoutchouc n° 18 sur laquelle on la fixe à l'aide d'un tourillon.

« Une sonde accolée à la base de chaque lambeau vaginal, reçoit ainsi tous les fils d'un même côté et, les rendant solidaires, augmente la résistance de la suture.

« La réunion est complétée par une suture superficielle à points passés, exécutée soit avec des crins, soit avec de minces fils d'argent.

L'opération terminée, de larges lavages phéniqués seront exécutés, la ligne de réunion sera saupoudrée d'iodoforme, une éponge phéniquée sera maintenue contre la vulve et la malade sera placée dans son lit, les cuisses à demi fléchies. Le cathétérisme sera pratiqué régulièrement trois fois par jour, afin que l'urine ne vienne pas souiller la surface de la plaie; en dehors de cette indication spéciale, le cathétérisme serait d'ailleurs commandé par la rétention d'urine qui ne manquerait probablement pas de se produire, comme il arrive à la suite de la plupart des opérations sur les organes génito-urinaires.

« Laissez-moi, maintenant, Messieurs, reprendre chacun des principaux détails de ce manuel opératoire, pour en faire ressortir l'intérêt et mettre en relief les avantages importants qui me semblent devoir résulter de leur application.

« Remarquez d'abord la vaste surface d'affrontement ménagée par la confection des lambeaux. Déjà, en 1862, Verneuil avait, à ce point de vue, réalisé un immense progrès, en appliquant à la périnéorrhaphie

le mode opératoire employé par les chirurgiens américains pour la cure des fistules vésico-vaginales. En pratiquant un avivement d'un centimètre, portant exclusivement sur la muqueuse vaginale, en rapprochant ainsi, non plus de simples bords avivés, mais de larges surfaces, en dirigeant enfin ses sutures de manière à ne pas intéresser la muqueuse rectale, Verneuil obtint d'emblée un succès complet. Cependant son procédé me semble passible d'une objection sérieuse. Si la suture échoue, il y aura une perte de substance sur la muqueuse vaginale et plus tard un tissu inodulaire qui se prêtera mal à une deuxième tentative de restauration. J'éviterai cet inconvénient en pratiquant le dédoublement de la cloison, c'est-à-dire en appliquant à la périnéorrhaphie un détail technique, généralement connu dans l'histoire des fistules vésico-vaginales sous le nom de procédé de Duboué (de Pau), bien qu'il eut été employé par Collis (de Dublin) et même indiqué par Gerdy. En *dédoublant* la cloison recto-vaginale à la façon d'un livre que l'on ouvre, je *double* l'étendue des points de contact, ainsi que je vous l'ai déjà fait remarquer.

Et si, par hasard, la suture échoue, je n'aurai pas de perte de substance et l'opération pourra être reprise ultérieurement dans des conditions aussi propices que la première fois.

Rappelez-vous, en outre, que je laisse attenante à la muqueuse rectale, dans le dédoublement de la

cloison, une bordure de muqueuse vaginale qui se trouvera refoulée vers le rectum et occupera dans cet organe le point le plus saillant de l'arête, résultant de l'affrontement des lambeaux. Ce petit détail me paraît avoir une grande portée. Ce liseré de muqueuse vaginale saine, non cruentée, est destiné à protéger les surfaces avivées contre l'infiltration si facile des matières liquides et gazeuses de l'intestin.

La ligne de réunion vaginale sera de même protégée contre l'action plus ou moins irritante des liquides fournis par l'utérus et le vagin, par la disposition spéciale qui résulte de l'affrontement des lambeaux, crête médiane longée par deux gouttières latérales facilitant l'écoulement des sécrétions.

Il importe que les sutures ne traversent pas la muqueuse rectale. Outre que leur présence solliciterait du ténésme, des contractions réflexes de l'appareil musculaire nuisibles à la réunion des parties, les fils serviraient de conducteurs aux liquides et aux gaz de l'intestin qui, pénétrant dans la plaie, apporteraient de graves obstacles à la cicatrisation.

Les sutures profondes, fixées à une même sonde en caoutchouc vulcanisé, de chaque côté de la ligne de réunion, se prêtent toutes un mutuel appui; si l'une d'elles vient à manquer, ses deux voisines seront là pour la soutenir dans sa défaillance et pour assurer sans doute l'adhésion.

La nature de la sonde qui servira à la suture enche-

villée n'est pas sans présenter quelque avantage. L'élasticité qu'elle doit à son tissu et au canal qui la parcourt permettra aux lambeaux rapprochés de se tuméfier dans une certaine mesure sans être exposés à l'étranglement et à la gangrène.

Du prolapsus utérin.

NOTE. — L'opération a été pratiquée le 29 janvier 1885 dans les conditions prévues et arrêtées d'avance. Le dédoublement de la cloison s'est effectué facilement et avec rapidité. Cinq points de suture profonde et huit points de suture superficielle ont assuré la réunion. Au quatrième jour, la malade, en dépit de toutes les recommandations, s'est livrée, sans avoir pris ni lavements ni huile de ricin, à des efforts considérables pour expulser un bol fécal très dur. Il en est résulté une douleur assez vive et un suintement sanguin notable entre les lèvres de la plaie; mais la suture n'a pas cédé. Le douzième jour, de petites ulcérations commencent à se produire autour des points de suture, ceux-ci sont enlevés; la réunion est complète. Six jours plus tard, la malade se lève et se promène. Le sphincter a récupéré ses fonctions; la malade retient à volonté les matières liquides et même les gaz. La cicatrice est solide, linéaire, formant comme à l'état normal une légère crête saillante sur la ligne médiane du vagin et du périnée qui se trouve reconstitué avec toute son épaisseur.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON.

Du prolapsus utérin.

Observation. — Signes cliniques du prolapsus. — Etat du rectum, de la vessie. — Renseignements fournis par l'exploration du rectum et le cathétérisme. — Diagnostic différentiel du prolapsus et de l'inversion utérine. — Du prolapsus et de l'allongement hypertrophique. — Le dernier diagnostic établi par le mode suivant lequel la réduction peut être obtenue.

Conditions nécessaires à la production du prolapsus. — Du prolapsus chez les jeunes filles.

MESSIEURS,

Je vous parlerai d'une malade admise récemment la salle 8.

Cette femme réclame une opération que lui fait ardemment désirer une infirmité gênante des organes génitaux.

Elle est âgée de cinquante-quatre ans, et a eu cinq grossesses. J'appelle votre attention sur ce point, parce que nous retrouverons bientôt la grossesse parmi les causes principales de l'affection dont je vais maintenant vous entretenir : le prolapsus utérin.

Il est important, dès le début, de signaler que notre malade a eu cinq grossesses régulières, que ses enfants