

PÉRINÉORRHAPHIE

INDICATIONS. — La réparation de la rupture du périnée, faite tout d'abord par Guillemeau, disciple d'Ambroise Paré, dans la première moitié du xvii^e siècle, est indiquée dans tous les cas, que la déchirure soit complète ou incomplète, qu'elle ait succédé à un accouchement laborieux ou à un traumatisme quelconque (chute sur le manche d'une fourche, sur le dossier d'une chaise, coup de corne, etc.). En effet, si la division complète du périnée avec rupture du sphincter anal crée une infirmité tellement pénible que l'opération s'impose, la déchirure incomplète ne trouble pas moins la statique utérine, et justifie toujours l'intervention. Il est même à remarquer, fait surprenant à première vue, que ce sont les déchirures incomplètes qui occasionnent le plus souvent les prolapsus utérins, les cystocèles et les rectocèles. La béance de l'orifice vulvaire entretient en même temps un état inflammatoire des organes, provoque souvent une abondante sécrétion et occasionne une métrite chronique.

Le moment le plus favorable pour réparer une déchirure du périnée est, certes, celui qui suit immédiatement l'accouchement. Les lèvres de la plaie étant, au besoin, régularisées par l'excision des parties contuses, on les réunit rapidement par une suture continue au catgut, qui assure non seulement la restauration parfaite du périnée,

mais fournit encore un excellent moyen d'arrêter l'hémorragie parfois assez intense. Une simple anesthésie locale suffit dans ce cas.

Mais si pour une raison quelconque, affaiblissement trop grand de l'accouchée, altération des tissus par œdème ou par infiltration ecchymotique, manque d'aide, on ne juge pas possible de faire tout de suite la suture du périnée, il sera prudent d'attendre la fin de l'involution des organes génitaux pour la pratiquer. Faite plus tôt, c'est-à-dire quelques jours après l'accouchement, elle paraît avoir donné lieu à des accidents imputables à la puerpéralité. Ainsi Heppner a perdu, dans ces conditions, deux malades. L'une, opérée douze jours après l'accouchement, est morte avec une fièvre puerpérale septique; l'autre, opérée vingt-trois jours après l'accouchement, a succombé aux suites d'un érysipèle ambulatoire.

On laissera donc écouler environ trois mois avant de pratiquer la restauration tardive du périnée, la périnéorrhaphie à proprement parler. Le nombre de procédés par lesquels elle peut être exécutée est vraiment déconcertant. Nous craignons d'en avoir omis quelques-uns n'ayant pu étudier que ceux de Dieffenbach, de Roux, de Jobert de Lamballe, de von Langenbeck, de Richet, de Demarquay, de Le Fort, de Simon, de Hildebrandt, de Freund, de Gaillard-Thomas, de Simpson, de Verneuil, de Trélat, de Martin, de Sanger, de Lauenstein, de Heppner, de Lannelis, de Decès, d'Emmet, de Hégar, de Lawson-Tait, de Pozzi, de Fritsch, de Stratz. Nous ferons grâce au lecteur de la description de tous ces procédés, dont un grand nombre n'ont plus, du reste, qu'un intérêt historique. Le procédé d'Emmet, décrit par cet auteur en 1865, fut en grand honneur non seulement en Amérique, mais en Europe jusqu'à la publication des remarquables travaux de L.-Tait sur la périnéorrhaphie qui eut lieu en 1887. Le

manuel opératoire de cet éminent gynécologue s'est imposé de suite grâce à une grande rapidité et simplicité d'exécution, qualités qu'aucun autre procédé n'a encore présentées à ce degré. Si on ajoute qu'il a toujours donné des résultats parfaits entre les mains de tous ceux qui l'ont appliqué, on comprendra la vogue dont il jouit aujourd'hui. Nous le décrirons donc en première ligne, comme étant le plus pratique ; c'est la méthode que nous employons exclusivement.

Nous exposerons ensuite les procédés de Hégar et d'Emmet, encore très répandus et qui donnent de très bons résultats.

Nous indiquerons enfin les modifications apportées par Stratz et Pozzi à la technique de L.-Tait et nous signalerons brièvement le manuel opératoire de quelques autres chirurgiens dont les procédés offrent des ressources utiles à connaître dans certains cas.

SOINS PRÉLIMINAIRES DE LA PÉRINÉORRHAPHIE. — L'opération sera faite, de préférence, dans la première semaine qui suit la période menstruelle, ou au moins douze à quinze jours avant les règles prochaines. Pendant les huit jours qui précèdent l'intervention, la malade recevra, matin et soir, une injection chaude avec la solution de sublimé à 1/2000. La veille de l'opération, elle sera purgée et prendra un bain. Le matin du jour même, on lui administrera, de bonne heure, un lavement qui doit être rendu avant le moment de l'opération. La vulve et le pourtour de l'anus seront soigneusement rasés, brossés et lavés au sublimé, à l'alcool et à l'éther ; le rectum sera irrigué avec de l'eau boriquée. Antiseptie rigoureuse du vagin. Cathétérisme de la vessie. La malade sera endormie avec le chloroforme. L'anesthésie locale par la cocaïne ne peut guère être employée que pour les toutes petites déchirures.

La malade sera mise dans la position dorso-sacrée, le siège reposant sur le bord de la table d'opération, les jambes soutenues par les sous-cuisses ou par les aides placés de chaque côté de l'opérateur.

I. — Déchirures incomplètes du périnée.

PROCÉDÉ DE LAWSON-TAIT

AVIVEMENT. — On pratique, tout d'abord, l'avivement de la plaie par dédoublement de la cloison recto-périnéo-vaginale.

L'opérateur introduit dans le rectum l'index et le médius de la main gauche et soulève la cloison recto-vaginale. Le champ opératoire est tendu, de chaque côté, par la main d'un aide ou par des pinces à griffes. Il s'agit alors de pratiquer trois incisions : une transversale de 3 centimètres et demi à 4 centimètres, entre la commissure postérieure de la vulve et l'anus, dédoublant la cloison recto-périnéo-vaginale exactement en son milieu, afin que le lambeau ne soit pas trop mince, et deux incisions verticales de 2 centimètres et demi à 3 centimètres, qui partent du point d'union des grandes et des petites lèvres et aboutissent aux extrémités de la section transversale. L'incision, dans son ensemble, représente donc un U majuscule, et on obtient un rétrécissement d'autant plus considérable que les branches sont plus élevées. La cloison recto-vaginale sera dédoublée plus ou moins profondément suivant l'étendue de la déchirure ; ordinairement 2 à 3 centimètres suffisent. Les débridements verticaux comprendront non seulement la peau, mais aussi le tissu cellulaire de la région.

L.-Tait pratique l'avivement avec des ciseaux pointus et coudés. Il enfonce la pointe d'une de leurs branches sur

la ligne médiane et taille d'abord à gauche, puis à droite (fig. 98). Le débridement transversal fait, il procède de la même façon pour les incisions latérales en remontant peu à peu sur les côtés de la vulve jusqu'au point d'union des grandes et des petites lèvres. Nous préférons tracer

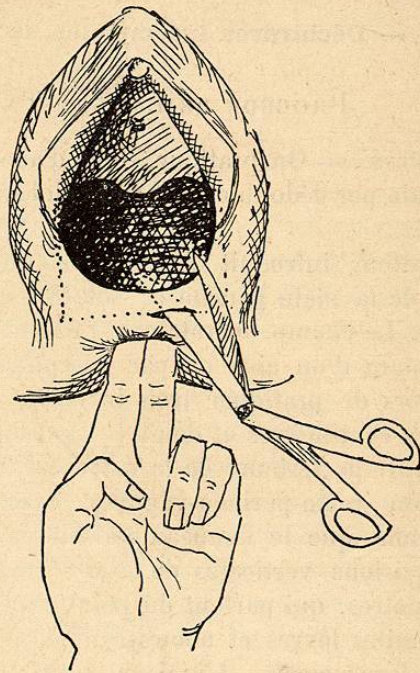


Fig. 98. — Périnéorrhaphie; procédé de Lawson-Tait. Avivement.

notre incision en U au bistouri et dédoublons la cloison recto-vaginale en partie avec le doigt, en partie avec les ciseaux. L'index et le médius de la main gauche placés dans le rectum surveillent sa paroi antérieure et nous guident au cours de la dissection afin d'éviter la blessure de l'intestin.

Les vaisseaux de quelque importance qui saignent sont saisis avec des pinces, tordus ou liés au catgut fin. Le

suintement en nappe est arrêté par une forte injection avec la solution chaude de sublimé à 1/2000.

L'avivement terminé, on obtient une large surface cruentée limitée en arrière par la muqueuse rectale dédoublée, sur les côtés par les branches de l'incision des grandes lèvres, et en haut par le lambeau vaginal. Ce dernier, une fois libéré, se rétracte grâce à son élasticité et ne recouvre plus qu'en partie la surface d'avivement. Il ne sera pas compris dans la suture et formera au-dessus d'elle un bourrelet libre.

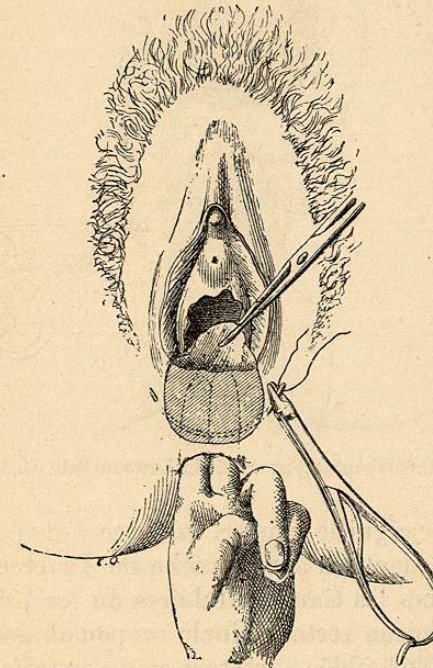


Fig. 99. — Périnéorrhaphie; procédé de Lawson-Tait. Passage des sutures.

SUTURES. — Trois à quatre points de suture suffisent ordinairement. L.-Tait les fait passer dans la plaie même,

immédiatement *en dedans* de ses bords. Quelques chirurgiens ne suivent pas cette pratique et comprennent également la peau dans leur suture, en faisant pénétrer l'aiguille à un demi-centimètre *en dehors* des lèvres de la plaie. C'est ainsi que nous procédons (fig. 99).

L.-Tait emploie, pour les sutures, les fils d'argent. On peut les faire aussi avec les crins de Florence ou la soie.

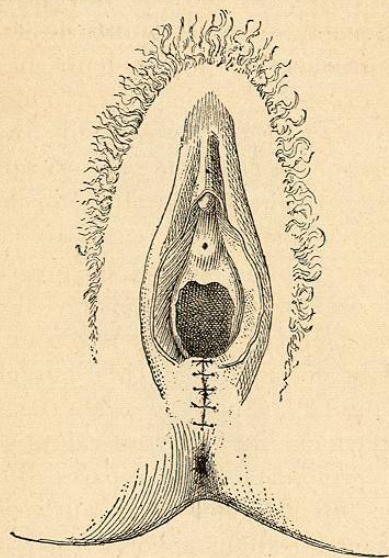


Fig. 100. — Périnéorrhaphie; procédé de Lawson-Tait. Sutures serrées.

A l'aide d'une aiguille courbe, on passe d'abord un fil qui pénètre en dedans du bord gauche de l'avivement, chemine à travers les tissus cellulaires du fond de la plaie, traverse la cloison recto-vaginale un peu au delà du point où elle a été dédoublée et ressort en dedans du bord droit de la plaie dans un point symétrique. Un ou deux fils sont ensuite placés en dessus et au-dessous de ce premier point et embrassent simplement l'épaisseur des tissus avivés. Les doigts introduits dans le rectum permettent

d'éviter que l'aiguille ne traverse ni la muqueuse rectale, ni la muqueuse vaginale. Avant de serrer les fils, on irrigue de nouveau la plaie, puis on les noue doucement entre ses lèvres (fig. 100).

Si on passe les sutures en dehors des lèvres de la plaie, ce qui est plus conforme à nos habitudes chirurgicales, il faut lier les fils un peu à côté de la ligne de réunion. On peut ensuite, ce que L.-Tait ne fait pas, ajouter, à l'exemple de Sängér, quelques points de suture superficiels aux crins de Florence pour obtenir un affrontement plus exact des bords de la plaie. On fait enfin un dernier lavage au sublimé et on recouvre les fils avec de la gaze iodoformée. Une mèche de même gaze est introduite dans le vagin. Le tout est couvert avec du coton hydrophile et est retenu par un bandage en T.

Martin emploie, pour la suture, un procédé très expéditif. Au lieu de la faire à points séparés, il applique une suture continue à étages superposés, ce qui assure une coaptation parfaite des tissus. Les fils d'argent sont remplacés par le catgut à l'essence de genévrier.

Pozzi fait également un surjet au catgut qu'il combine avec une suture profonde à points séparés. Il emploie pour ces derniers les fils d'argent. Nous aurons, du reste, à revenir sur les modifications apportées par cet auteur au procédé de L.-Tait, en parlant des déchirures complètes.

PROCÉDÉ DE STRATZ

Stratz, tout en reconnaissant le procédé de L.-Tait supérieur aux autres, trouve qu'il produit des tiraillements exagérés du plancher pelvien et ne permet pas d'apprécier facilement les tissus en excès qu'il serait utile d'exciser. Ces inconvénients, toujours d'après Stratz, tiennent à ce que le chirurgien opère un peu en aveugle. Pour

remédier à cette condition défavorable, il procède ainsi qu'il suit :

On fait, à partir des points dont la réunion doit correspondre à la commissure postérieure future, deux incisions qui vont se réunir angulairement sur la ligne médiane, un peu en avant de l'anus. Cela fait, on décolle la paroi vaginale avec le doigt, aussi haut qu'il est nécessaire.

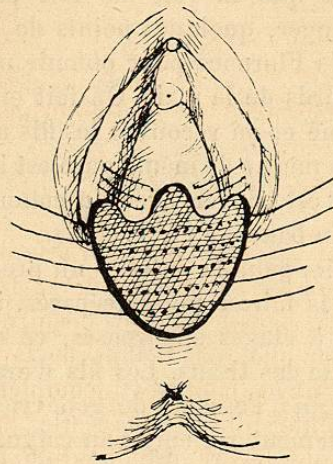


Fig. 101. — Périnéorrhaphie: procédé de Simon.
Avivement et passage des sutures.

Puis on saisit cette paroi vaginale décollée avec deux longues pinces, très rapprochées l'une de l'autre, et on incise sur la partie médiane. La section opérée, on a ainsi deux lambeaux qu'on enroule autour des pinces, manœuvre qui a pour effet de découvrir le champ opératoire d'une façon très nette, et qui ne s'accompagne d'aucune hémorragie. Les sutures sont appliquées comme dans le procédé de L.-Tait. Si, pour terminer, l'on a soin de dérouler lentement les lambeaux, le chirurgien peut, soit les réunir, soit en réséquer une portion plus ou moins considérable, suivant les indications (Schroeder).

PROCÉDÉ DE SIMON. — Cet auteur avive la surface cicatrisée du périnée en forme de triangle dont le sommet se perd dans le vagin et dont le milieu de la base se trouve à peu près au niveau de l'ouverture anale (fig. 101).

On réunit alors par la suture les deux côtés du triangle qui limitent le vagin de part et d'autre; les deux moitiés de la base du triangle sont réunies à leur tour par des sutures et constituent le nouveau périnée.

II. — Déchirures complètes du périnée.

PROCÉDÉ DE LAWSON-TAIT

Nous avons peu de chose à ajouter à la description que nous venons de donner du procédé de L.-Tait. En effet, le manuel opératoire, dans les cas de déchirures complètes, ne diffère que par quelques détails de la technique que suit cet auteur pour les ruptures incomplètes. L'incision, au lieu de présenter un U majuscule, prend la forme d'un H, grâce à une légère prolongation par en bas des débridements verticaux. Les incisions latérales partant du point d'union des grandes et des petites lèvres ne s'arrêtent plus aux extrémités de la section transversale, mais se continuent au-dessous d'elle sur une petite longueur. On obtient ainsi un H dont les branches inférieures sont plus courtes et plus écartées que les supérieures. La profondeur du dédoublement est en rapport avec l'étendue de la déchirure et est faite de la manière que nous avons indiquée, en partie avec le doigt, en partie avec des ciseaux.

La suture est placée sous le contrôle de deux doigts introduits dans le rectum. L.-Tait se sert, pour les déchirures complètes, de crins de Florence. L'aiguille ne pénètre

pas dans la peau, mais dans la plaie même, en dehors des bords de l'avivement. Le premier fil doit traverser les extrémités du sphincter anal déchiré, dont la place est facilement reconnue avant l'avivement grâce à une légère fossette dans la cicatrice. On applique quatre à six points de suture qui sont tous noués le long du périnée reconstitué en dehors du vagin et du rectum.

Les remarques que nous avons faites au cours de la description du procédé pour les déchirures incomplètes s'appliquent également ici.

PROCÉDÉ DE POZZI

Pozzi emploie presque uniquement le procédé de L.-Tait pour toutes les déchirures du périnée, mais avec quelques modifications dont la seule vraiment importante est celle qui porte sur le mode de la suture.

En effet, cet auteur donne également à l'incision la forme d'un H tronqué par le bas. Seulement il fait le dédoublement beaucoup plus étendu que ne le pratique L.-Tait. L'originalité du procédé réside dans la suture.

Afin d'obtenir la coaptation exacte des tissus, il passe d'abord deux ou trois fils d'argent profonds qui rentrent et sortent à un demi-centimètre des bords de la plaie et cheminent sous toute la surface cruentée, sans pénétrer, bien entendu, ni dans le rectum, ni dans le vagin. Avant de les serrer, il fait une suture continue au catgut à plans superposés du fond de la plaie et enfin il réunit la peau par un surjet spécial au catgut ou par quelques points séparés aux crins de Florence.

PROCÉDÉ DE SIMON

Dans le cas de déchirures complètes du périnée, Simon

pratique une surface d'avivement, qui s'engage dans le vagin sous la forme d'un angle, et qui affecte de part et d'autre la forme d'une aile de papillon. On commence par réunir par des sutures vaginales les deux bords de la plaie du vagin. On pratique ensuite et on lie, aussitôt après, alternativement des sutures vaginales et des sutures rectales ; les nœuds des fils sont ainsi situés dans le vagin et dans le rectum et la paroi recto-vaginale subit une élongation artificielle. On finit par les sutures périnéales. Celles-ci peuvent être superficielles, attendu que la tension des bords de la plaie est supportée en grande partie par les sutures rectales (Schroeder).

PROCÉDÉ DE HEGAR

Hegar a sensiblement modifié la technique de Simon. Nous reproduirons presque exactement la description qu'en donne le chirurgien de Fribourg.

Dans la déchirure complète du périnée, la continuité de la cloison recto-vaginale se trouve interrompue vers le vagin, le rectum et le périnée. Il faudra donc faire, dans cette triple direction, l'occlusion de la solution de continuité.

On fera un avivement dont la forme sera analogue à la figure *abcd* de la planche (102). L'avivement terminé, la suture sera appliquée de telle sorte que les lignes *a, n, x* et *b, n, x* soient unies ensemble par des fils dont les chefs pénétreront du côté du vagin, les lignes *a, e* et *b, d* constitueront le périnée, les lignes *c, e* et *e, d* seront unies ensemble par des fils noués vers le rectum.

AVIVEMENT. — Pour bien mettre à nu le champ de l'opération, on soulève avec un large écarteur vaginal la paroi vaginale antérieure, pendant qu'on saisit et fixe avec une pince à griffes, la paroi vaginale postérieure au-dessus du

point *x*. On introduit dans le rectum, surtout s'il y a prolapsus de la paroi rectale, une éponge montée imbibée

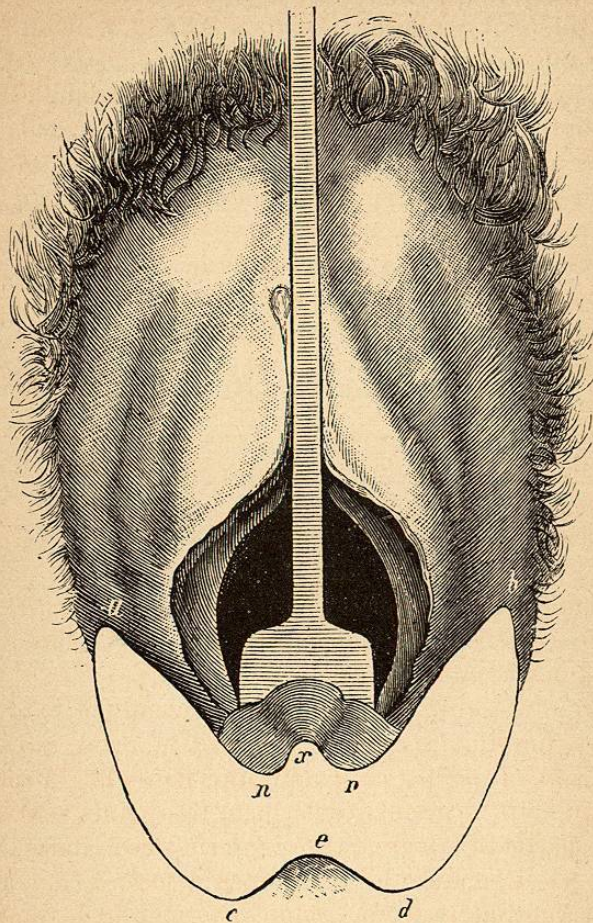


Fig. 102. — Périnéorrhaphie; procédé de Hegar. Avivement.
(Figure extraite du *Traité de gynécologie opératoire* de l'auteur, traduit par Bar, accoucheur des hôpitaux.)

d'eau chlorée; on évitera ainsi la souillure de la peau par les matières fécales. On saisit alors avec des pinces la

peau au niveau des points auxquels répondront les extrémités du nouveau périnée, c'est-à-dire en avant sur la face interne des grandes lèvres en *a* et *b*, en arrière au voisinage du bord antérieur de l'anus en *c* et *d* et on écarte ces points l'un de l'autre.

On commence l'avivement en dessinant le triangle *n, x, n*. Le point *x* doit être situé sur la ligne médiane de la paroi vaginale postérieure et être éloigné de 2 centimètres environ du point *e*, qui représente l'extrémité du triangle d'avivement de la paroi rectale. En excisant ce petit triangle muqueux à extrémité dirigée vers le cul-de-sac vaginal, on évite de voir l'extrémité des lèvres de la plaie faire saillie en haut quand on nouera les fils à suture et on facilite singulièrement le glissement vers la ligne médiane des parties latérales avivées. De plus, en agissant ainsi, on donne plus de solidité à la paroi recto-vaginale qu'on va créer, car les points *x* et *e* qui représentent sur le vagin et sur le rectum le sommet des lignes avivées, seront plus éloignées l'un de l'autre que si *x* se trouvait situé sur le milieu d'une ligne droite unissant les points *n* et *n*. Enfin on assure plus complètement la solidité de la réunion et on évite beaucoup mieux en *e* la production de fistules recto-vaginales.

Partant de *n, n*, on fait, en se dirigeant en haut et en dehors, une incision courbe, convexe en avant, qui s'étendra jusqu'aux points *a* et *b*, qui, unis ensemble, formeront la fourchette du nouveau périnée. Ces points sont situés sur la partie inférieure du bord interne des grandes lèvres. De ce point on trace les incisions *a, c* et *b, d*, longues de 3 à 4 centimètres, qui, réunies, formeront le raphé du nouveau périnée. Ces incisions seront dirigées fortement en bas et convergeront vers le point où sera plus tard l'anus. On isolera les bords du lambeau ainsi dessiné en enfonçant un couteau à plat à une profondeur de 2 à 3 millimètres, et enfin on complétera l'avivement en disséquant