

complètement le lambeau circonscrit. Pendant toute la durée de l'opération jusqu'à ce que la suture soit terminée, on lavera le champ de l'opération avec des liquides désinfectants, avec de l'eau chlorée faible, ou une solution phéniquée à 2 p. 100. En donnant au liquide à irrigations une température chaude, on agira contre l'hémorragie parenchymateuse.

Il est rarement nécessaire de lier les vaisseaux. Quand on a appliqué une pince à forcipressure, on aura soin, avant de serrer et de nouer les fils à suture, de réséquer les parcelles de tissu qui auront été saisies et comprimées entre les mors de la pince; il suffit ensuite d'affronter

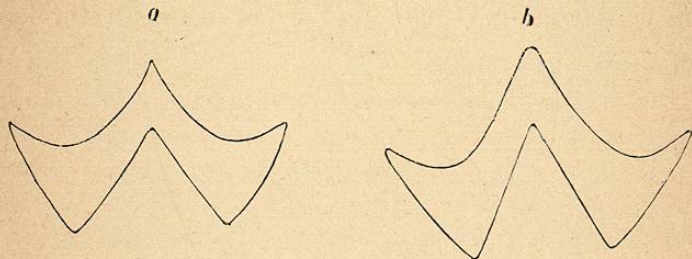


Fig. 103. — Périnéorrhaphie; procédé de Hegar. Avivement.

exactement les lèvres de la plaie pour voir l'hémorragie cesser d'elle-même.

Les débutants commettent généralement la faute de donner à la surface avivée une étendue beaucoup trop grande. C'est augmenter inutilement l'étendue du traumatisme, c'est accroître les difficultés de la réunion, car il faudra tendre beaucoup les tissus pour affronter les parties latérales de la surface avivée. Il est également inutile de reporter trop en avant les points *d*, etc. Il ne faudrait pas tomber dans une autre faute et dessiner l'avivement de telle sorte que les points *d* et *c* soient situés trop en dehors. Si on agissait ainsi, on éprouverait de très grandes difficultés pour affronter ensemble les lignes *e*, *d* et *e*, *c*.

Si la déchirure est peu profonde, la surface avivée aura la forme d'ailes de papillon, le petit triangle *n x n* représentant la tête de l'insecte.

Si la déchirure remonte haut sur la cloison recto-vaginale, la forme de l'avivement sera modifiée (fig. 103 *a* et *b*) et la partie de chaque lèvre avivée qui devra contribuer à la formation de la cloison recto-vaginale proprement dite, sera étroite.

SUTURES. — Quand la plaie est bien régulière on commence à suturer les lèvres du triangle *n x n* (fig. 102). On se servira à cet effet d'aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille et munies d'un fil d'argent. On fera

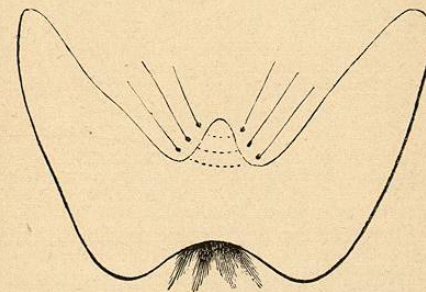


Fig. 104. — Périnéorrhaphie, procédé de Hegar. Sutures vaginales.

pénétrer (fig. 104) l'aiguille dans la muqueuse à 3 millimètres du bord de la plaie, et dirigeant son extrémité à plat dans tout le fond de la plaie, on la fera sortir à 3 millimètres en dehors de la lèvre opposée.

Dès qu'on aura terminé la suture vaginale, on passera quelques fils vers le rectum (fig. 105).

En partant du rectum on enfoncera à 2 à 3 millimètres du bord de la plaie une aiguille qui sera dirigée de bas en haut; l'aiguille, après avoir parcouru un certain trajet dans la plaie, sera tirée en dehors, saisie de nouveau avec le porte-aiguille et on la fera pénétrer dans

la plaie du côté opposé, en un point complètement symétrique à celui d'où elle vient d'être tirée; l'aiguille sera alors dirigée de la plaie vers la peau, c'est-à-dire en bas et en dehors. Les chefs des fils ainsi passés pendent dans le rectum. Au lieu de diriger l'aiguille ainsi que nous venons de le dire, on peut encore fixer une

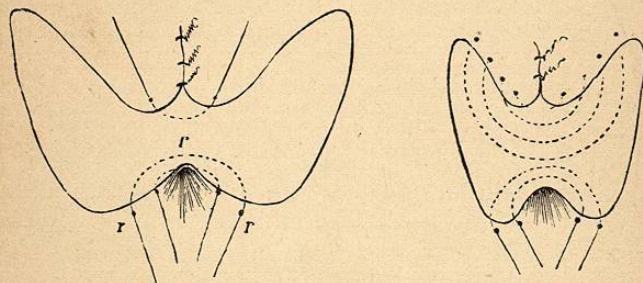


Fig. 105. — Périnéorrhaphie; procédé de Hegar.
Sutures vaginales et rectales.

aiguille à chaque extrémité du fil, et faire pénétrer chaque aiguille de haut en bas et de dedans en dehors sur chaque partie latérale de la plaie. Il est fort difficile de retirer les fils métalliques qu'on a appliqués dans le rectum et qu'on a coupés court; de plus, les malades les supportent difficilement: ainsi, depuis quelque temps Hegar se sert pour les sutures rectales des fils de catgut ou de soie très fine, et ne se préoccupe plus de ces sutures.

Pour serrer les fils, on peut avoir recours à deux procédés: imiter Hildebrandt, c'est-à-dire passer tout d'abord tous les fils, puis les nouer ensuite, ou bien passer d'abord le fil le plus profondément situé, le serrer, le nouer, voir ensuite quel est le résultat obtenu; passer un second fil embrassant plus de tissu, le serrer, le nouer; continuer ainsi en égalisant au fur et à mesure les lèvres de la plaie, en modifiant les dispositions des fils, en corri-

geant la forme de l'avivement suivant le besoin. C'est le procédé que suit Hégar.

Dès que les sutures rectales et vaginales sont appliquées et nouées, on procède à l'application des sutures périméales (fig. 106). On suivra ici les règles que nous

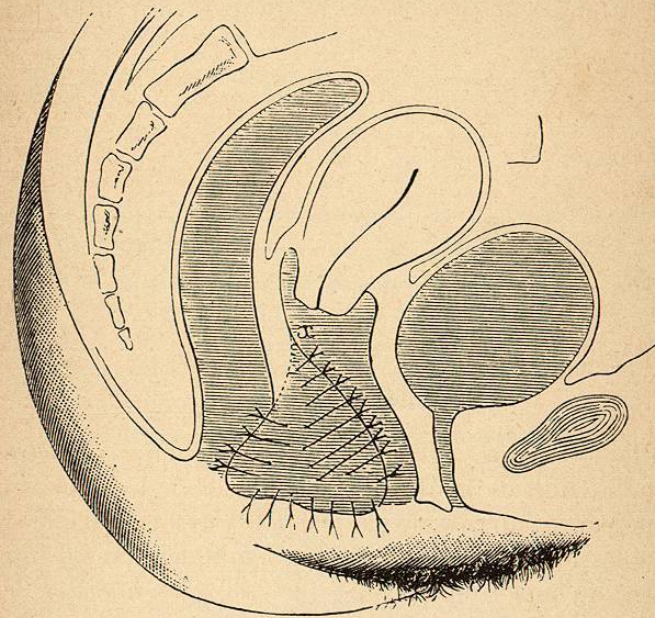


Fig. 106. — Périnéorrhaphie; procédé de Hegar.
Disposition générale des sutures (Hegar).

venons de donner. Pendant qu'on nouera les fils, on aura soin de rapprocher l'une de l'autre les jambes de la malade, afin de diminuer la tension des tissus. Il est bon que pendant tout ce temps la femme soit étendue dans le décubitus dorso-sacré. Une fois les sutures terminées, on aura soin d'exprimer avec les doigts le peu de sang qui pourrait être retenu entre les lèvres de la plaie, et on fera un soigneux lavage antiseptique dans le vagin, dans le rectum et sur la plaie du périnée.

On fait alors la section sous-cutanée ou à ciel ouvert du sphincter anal en pratiquant sur le bord postérieur de l'anus deux incisions latérales.

Cette section est faite par Hegar dans le but d'éviter les tiraillements sur la suture rectale et pour faciliter la libre issue au dehors des matières fécales et des gaz pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

HIEDEBRANDT pratique un avivement en forme de feuille de trèfle et fait des sutures périnéales très profondes, embrassant toute la plaie.

FREUND emploie un procédé analogue à celui de Hegar, avec cette différence qu'il donne à l'avivement, dans chaque cas, une forme qui reproduit le mieux l'aspect de la déchirure.

MARTIN fait une suture continue à étages superposés avec du catgut, comme nous l'avons déjà remarqué à propos des déchirures incomplètes. Dans le cas de ruptures complètes, il suit un procédé analogue à celui de Simon et de Hegar. Le trait caractéristique de sa méthode consiste dans la suture : il commence par la paroi rectale, continue par la paroi vaginale, après avoir fait, si cela est nécessaire, une rangée de points intermédiaires, et enfin termine par la paroi périnéale.

PROCÉDÉ D'EMMET

L'avivement porte sur de larges surfaces ; il représente, sur chacun des côtés du périnée déchiré, un triangle dont la base est à la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et remonte jusqu'au quart inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre, passant au-devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée. Ces deux triangles sont reliés l'un à l'autre, sur la

ligne médiane, par un avivement pratiqué aux dépens de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale et remontant jusqu'à 3 centimètres de hauteur. La figure qui résulte de cet avivement ressemble à un papillon aux ailes déployées : l'avivement médian représente le corps de l'animal ; les deux avivements latéraux, les ailes. On doit commencer par aviver la partie médiane à cause de l'écoulement sanguin qui se produit dans l'incision des parties latérales, et avoir soin de bien enlever tout le sang, une fois que l'avivement est complet. On procède ensuite aux sutures. Celles-ci sont placées d'arrière en avant, et vont de l'un des bords de la plaie à l'autre bord, en traversant la cloison recto-vaginale. Les fils ainsi passés forment une anse qui, en se resserrant, applique l'une contre l'autre les surfaces cruentées à la façon des bords d'une bourse, quand on serre le cordon qui entoure son orifice. Pendant tout le temps de la suture, l'index gauche doit être dans le rectum, afin de guider, pour ainsi dire, l'aiguille dans la cloison et veiller à ce qu'elle ne pénètre pas dans l'intérieur du canal intestinal. Le premier point doit être fait très soigneusement, car il est destiné à réunir les deux extrémités divisées du sphincter anal et à reconstituer l'anus, autant que possible : il décrit un véritable fer à cheval et doit cheminer sous la surface cruentée très près de son bord postérieur. Ces sutures sont faites par Emmet au fil d'argent. Muller préconise, au contraire, l'emploi du catgut. En général, cinq ou six points suffisent, et, si cela est jugé opportun, on est autorisé à en faire quelques-uns superficiels (C. Decès). L'avantage de ce procédé réside surtout dans l'absence des sutures rectales et vaginales.

A. Decès emploie un procédé qui est une combinaison du déboulement de L. Tait, du décollement de la muqueuse de Schröder, du lambeau vaginal de Langenbeck et de la suture d'Emmet. L'originalité de la technique de

cet auteur consiste à suturer, en avant de la réunion périnéale, le lambeau vaginal, laissé libre dans le procédé de Lawson-Tait.

SOINS CONSÉCUTIFS A LA PÉRINÉORRHAPHIE. ACCIDENTS. — Après l'opération, on doit faire tenir les jambes de la malade rapprochées l'une contre l'autre par une large serviette, afin d'éviter les mouvements involontaires qui pourraient se produire, au moins, pendant le sommeil de la patiente. Jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, le repos au lit est de rigueur. La nourriture sera légère, consistant en lait, bouillon et œufs.

L'opérée ne doit pas uriner naturellement; elle sera sondée trois ou quatre fois par jour. Si les conditions dans lesquelles se trouve la malade ne permettent pas d'assurer le cathétérisme intermittent, on laissera une sonde à demeure qui sera changée de temps en temps, si l'on constate qu'elle s'incruste de sels calcaires. La vessie au besoin sera lavée avec l'eau boriquée tiède. La question de savoir combien de temps on doit maintenir la constipation est diversement interprétée. Beaucoup de chirurgiens la prolongent jusqu'à la cicatrisation de la plaie; d'autres administrent un léger purgatif, cinq ou six jours après l'opération et empêchent ensuite de nouveau les évacuations pendant trois ou quatre jours. La première selle sera en tout cas surveillée et au besoin aidée par un lavement huileux, avec recommandation expresse à la malade de ne pas pousser ni faire d'efforts.

La plaie sera tenue très propre. Après chaque selle elle sera lavée avec la solution de sublimé au millième. Si on observe un écoulement vaginal, on pratiquera une injection vaginale, matin et soir, avec une solution faible de sublimé.

Les fils superficiels seront enlevés au bout de huit jours, les fils profonds resteront en place douze à quatorze jours,

à moins qu'ils ne commencent à couper les tissus avant cette époque. Si on avait recours au procédé de Hegar, on enlèverait les fils périnéaux une semaine après l'opération, mais on laissera les sutures vaginales et rectales pendant quatre à six semaines.

On observera avec grande attention la température, dont l'élévation accuse plus sûrement une complication que les sensations subjectives de la malade. La hausse du thermomètre doit toujours faire craindre l'échec partiel et souvent même complet de l'opération. Il faut aussitôt examiner la plaie et on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il s'y produit un travail inflammatoire. En effet, il suffit qu'un point ne soit pas saisi par la suture, pour que le sang et la sérosité s'y accumulent, s'y corrompent et donnent naissance à un abcès, surtout lorsque les règles de l'antisepsie n'ont pas été rigoureusement observées pendant l'opération. Le pus s'écoulera vers le périnée, vers la muqueuse rectale, ou bien dans le vagin. Les bords de la plaie s'écartent alors sur une étendue plus ou moins grande et il s'établit souvent une fistule périnéale ou recto-vaginale. En tout cas, aussitôt l'accident constaté, on doit faire sauter quelques points de suture, dans l'espoir de limiter le travail inflammatoire.

Les petites fistules recto-vaginales guérissent parfois spontanément ou après une cautérisation.

Une fistule plus étendue nécessitera une opération, par un des procédés que nous avons décrits, trois semaines au moins après la périnéorrhaphie.

Récemment nous avons observé une malade atteinte de troubles nerveux très intenses à la suite d'une périnéorrhaphie que nous avons pratiquée avec notre ami le docteur Pietri. Aucun accident ne s'était produit ni pendant, ni après l'opération. Les fils avaient été retirés au bout de huit jours, la réunion immédiate était parfaite sur toute l'étendue de la plaie. La malade se leva le dix-

huitième jour complètement rétablie et sans présenter aucun trouble nerveux. Quelques jours après seulement elle accusait de fortes névralgies, des fourmillements dans tout le corps, se plaignait de dangers chimériques, pleurerait sans cause.

Des faits analogues ont été relevés par plusieurs auteurs. On a même constaté des troubles cérébraux, de la manie aiguë, de la lypémanie, non seulement après des interventions abdominales, mais également à la suite des opérations sur le col de la matrice, sur le périnée, sur la vulve et même sur les seins. Au cours de récentes discussions à la Société de chirurgie sur la question des psychoses post-opératoires, on a relevé de nombreux cas nouveaux, et l'accord semble établi que les troubles nerveux et même cérébraux, heureusement assez rares, ne se produisent, comme le remarque très judicieusement Pozzi, « que chez des névropathes chez lesquelles une circonstance quelconque devait tôt ou tard amener une catastrophe imminente ».

Effectivement, dans notre cas, nous avons pu établir, d'une manière indéniable, l'existence chez la malade de troubles nerveux antérieurs. Elle a, du reste, parfaitement guéri au bout de quelques mois.

XXVIII

PÉRINÉOTOMIE

INDICATIONS. — Les périnéotomies transversale et verticale sont des opérations relativement nouvelles, dont les indications peuvent encore s'étendre dans l'avenir.

La première, qui consiste dans un dédoublement de la cloison recto-vaginale, trouve tout d'abord une application toute naturelle dans les cas de corps fibreux enclavés dans cette cloison. C'est ainsi qu'a procédé Pozzi, pour un gros fibrome dédoublant partiellement la cloison recto-vaginale. Le Fort et Marc Sée ont vu même les fibromes dédoubler la cloison dans toute sa hauteur, ce qui rendait très facile l'intervention par le périnée.

Otto Zuckerkandl a préconisé la périnéotomie transversale pour l'ablation du col utérin atteint de cancer, l'incision entre les tubérosités ischiatiques offrant une voie plus large que le vagin.

Pozzi a eu également recours à la voie périnéale dans un cas d'épithélium primitif de la partie supérieure du vagin chez une femme dont la vulve était étroite. Olshausen et Thorn ont agi de même dans des circonstances analogues.

Enfin Sanger recommande l'incision transversale du périnée pour évacuer les collections situées dans le cul-de-sac de Douglas.

La périnéotomie verticale a été préconisée par Hegar