

cales, elle est obligée de vivre à l'écart, loin du monde, d'abandonner toutes ses habitudes. Pour diminuer, autant que possible, la quantité des fèces, elle contente à peine son appétit. De toutes ces privations, il résulte que la malheureuse dépérit chaque jour de plus en plus, et supporte difficilement une vie qu'elle voudrait voir s'éteindre. »]

§ V. — Pronostic.

Si la rupture est peu grave, il n'y a aucune conséquence mauvaise à redouter; mais si elle s'étend jusqu'à l'anus, la malade ne sent plus aucune résistance au niveau du détroit inférieur, et elle éprouve sans cesse la sensation d'un corps qui voudrait tomber. Sans aucun doute, un accident de ce genre favorise beaucoup les chutes de l'utérus. Si la cloison recto-vaginale a été déchirée, la situation de la malade est réellement digne de pitié. Les fèces passent involontairement à travers le vagin, et la propreté la plus minutieuse ne peut empêcher une odeur infecte. Les lochies qui passent sur les lèvres de la plaie en empêchent la cicatrisation; les bords de cette plaie deviennent calleux et prennent l'aspect d'un ulcère. Si la déchirure est peu étendue, elle se rétracte et guérit en très-peu de temps: dans les cas même où la cloison recto-vaginale a été intéressée, une cicatrisation partielle peut se faire; il ne reste plus qu'une fistule: la malade est donc, en partie au moins, guérie de son infirmité: mais cette guérison, même incomplète, demande encore des mois ou des années.

§ VI. — Traitement.

Le traitement se divise en *prophylactique* et en *curatif*.

I. *Traitement prophylactique*. — Il consiste à prévenir toutes les causes de déchirure du périnée, soit en plaçant les femmes dans une position convenable, soit en donnant aux parties molles le degré de souplesse et de résistance qu'elles doivent avoir, soit en agrandissant les dimensions de la vulve lorsqu'une rupture paraît imminente. La femme doit être couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies, les genoux écartés et le siège reposant sur un coussin assez résistant pour l'empêcher de s'enfoncer dans l'épaisseur du matelas. Dans cette position, rien ne pourra contrarier les divers mouvements imprimés au fœtus. Dans le cas de rigidité du périnée, on proposait autrefois divers moyens, tels que des fomentations chaudes, du tartre stibié, et même des saignées. Mais, depuis la découverte du chloroforme, tous ces moyens ont été laissés de côté avec raison. Rien ne vaut assurément les anesthésiques pour combattre les contractions musculaires et donner au périnée toute la souplesse désirable.

Une question se présente ici, celle de savoir si l'accoucheur doit soutenir le périnée. Jusqu'à ces dernières années, l'opportunité de cette

pratique n'avait jamais été mise en doute; depuis, quelques auteurs l'ont attaquée, mais, selon nous, à tort. L'accoucheur se placera au côté droit de la femme. Il passe le bras droit sous la cuisse droite, la main appuyée par sa face palmaire contre le périnée, le bord cubital appuyant sur le coccyx et le pouce étendu entre la grande lèvre et la cuisse. La main doit offrir une courbure identique avec celle de la partie inférieure du canal que doit parcourir le fœtus, et il ne doit rester aucun vide entre les deux plans résistants fournis d'une part par la main, de l'autre par le sacrum et le coccyx. Par cette position, l'accoucheur a la mesure exacte de la tension du périnée. Si celle-ci est forte, si les douleurs sont vives, il engage la femme à ne faire aucune espèce d'efforts, et même il porte la main gauche sur le sommet à demi engagé, afin de le maintenir et de l'arrêter.

Si les douleurs se succèdent trop rapidement, qu'elles ne soient pas en rapport avec le degré de dilatation du périnée, il faudra tâcher de calmer l'irritabilité excessive de l'utérus en donnant des opiacés par la bouche ou en lavements. En pareil cas encore, on pourra avoir recours aux anesthésiques.

Dans les cas où, malgré toutes ces précautions, une rupture semblerait inévitable, Paul Dubois, en France, Blundell, en Angleterre, ont conseillé de pratiquer sur les côtés de la vulve une espèce de débridement, soit d'un seul côté, soit même des deux côtés. Après l'accouchement, ces incisions sont réduites à presque rien, et se guérissent facilement d'elles-mêmes.

II. *Traitement curatif*. — [Le traitement curatif a pour objet de remédier aux effets d'une déchirure du périnée.]

Ainsi que je l'ai dit, dans les cas peu graves, la guérison a lieu sans qu'on ait besoin d'y aider, et, même avec des déchirures d'une certaine étendue, il n'y a souvent besoin que d'une très-grande propreté, de maintenir la malade dans la même position, afin que les lèvres de la plaie restent bien au contact, et d'empêcher les évacuations intestinales pendant quelques jours. Si l'on échoue avec ces moyens, on peut avoir recours alors à une compression modérée: on applique un bandage autour des hanches, et une compresse graduée de chaque côté du raphé périnéal, de manière à rapprocher et à maintenir en contact les lèvres de la plaie. On avait essayé de bandes adhésives, mais sans succès.

[[Dans les cas de déchirures incomplètes, on peut se servir des serre-fines pour rapprocher les lèvres de la solution de continuité. Ce moyen, qui réussit dans beaucoup de cas, a été préconisé récemment par M. Bourgeot (1).

Cet auteur a rassemblé 24 observations de déchirures du périnée, prises

(1) V. Bourgeot, *Des déchirures du périnée et du traitement des déchirures incomplètes récentes par les serre-fines*. Thèse 1872.

à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Siredey : dans 1 cas, la réunion a été tentée par la suture, et il y a eu insuccès complet; dans les 23 autres cas, les serre-fines ont été employées peu de temps après l'accouchement et l'on a compté 18 guérisons complètes, 2 guérisons incomplètes et 5 insuccès attribués à diverses complications (érysi-pèle, hémorrhagie des lèvres de la plaie, etc.).

En présence de ces résultats, l'auteur conclut qu'on doit toujours opérer, même les déchirures incomplètes, et pratiquer l'opération immédiatement après l'accouchement. Suivant les cas, M. Siredey applique 3 ou 4 serre-fines et les enlève après 24 ou 30 heures.]]

Dans beaucoup de cas, on réussit par ces simples moyens, mais souvent aussi on échoue; quand surtout la cloison recto-vaginale est intéressée, il reste alors encore une ressource, c'est la suture.

La suture fut proposée pour la première fois par Ambroise Paré (1), et fut depuis pratiquée par Guillemeau, Delamotte (2), Saucerotte (de Lunéville) (3), Trainel (4), Noël (de Reims) (5), Dieffenbach, Ph. J. Roux, Baker Brown, Montain (6), etc. Cette opération doit être faite, ou bien sur-le-champ, immédiatement après l'accouchement, ou bien plus tard, quand toute cause d'irritation locale a cessé, et que les lochies mêmes ont cessé de couler.

[Sur ce dernier point, l'époque de l'opération, les chirurgiens ne sont plus d'accord. Roux (7) et Velpeau (8) veulent qu'on attende la cicatrisation : ils proscrivent d'une manière absolue l'opération immédiate et s'appuient sur des considérations tirées de l'état général et de l'état local. La période puerpérale prédispose aux inflammations, à la résorption purulente, la femme elle-même est fatiguée, plus impressionnable, et acceptera plus difficilement l'idée d'une opération longue et douloureuse dont on ne pourra garantir l'efficacité.

De plus, il s'agit d'opérer sur des tissus qui viennent de subir un traumatisme sérieux, qui ont été plus ou moins contondus par le passage du fœtus et qui, par cela même, sont prédisposés à la gangrène; l'écoulement sérosanguin, puis les lochies, viendront s'infiltrer entre les surfaces accolées et en empêcher la réunion.

Ces deux auteurs veulent donc attendre que la santé de la femme soit rétablie, que les bords de la déchirure soient revêtus d'une cicatrice; que toutes les parties voisines soient revenues à leur état normal.

(1) Amb. Paré, *Œuvres*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 718.

(2) Delamotte, *Accouchements*, t. II, obs. 205.

(3) Saucerotte, *Mélanges de chirurgie*. Paris, 1801.

(4) Trainel, *Journal général de médecine*, t. IV, p. 427.

(5) Noël, *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. VII, p. 187.

(6) Montain, *Revue médicale*.

(7) Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, t. I.

(8) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2^e édition. Paris, 1839.

D'autres auteurs, et, entre autres, Danyau (1) et Demarquay, veulent, au contraire, que l'opération soit pratiquée immédiatement après l'accouchement, car alors ce n'est plus une opération, ce n'est plus qu'un pansement. Simon (de Liège) va même jusqu'à dire que l'accoucheur doit toujours avoir sous la main tout ce qu'il faut pour faire une suture du périnée, si la déchirure venait à se produire pendant le travail. Les tissus sont naturellement tuméfiés, et les surfaces de la déchirure ont de la tendance à se mettre en contact : le rapprochement pourra donc se faire exactement, sans qu'on ait à craindre les tractions des muscles de la région, et, par conséquent, sans qu'on soit obligé de faire ces incisions libératrices qui viennent toujours compliquer l'opération.

Pour obvier au peu de résistance que présentent les tissus contondus et gorgés de sang, il suffira d'enfoncer les fils de la suture un peu plus profondément et de prendre une plus grande épaisseur de tissus, et, en faisant la suture avec soin, on peut mettre les surfaces accolées à l'abri des lochies.

Tels sont les principaux arguments que présentent les partisans de l'opération immédiate. Du reste, à cette idée se sont rattachés de grands chirurgiens parmi lesquels nous citerons seulement Dieffenbach (2), en Allemagne, et Auguste Bérard (3), en France. Ce dernier auteur insiste surtout sur l'avantage de faire une opération presque sans douleur, les tissus étant encore paralysés par le travail de l'accouchement. En outre, si l'on échoue, cet insuccès ne compromet en rien les chances d'une seconde tentative.

Entre ces deux opinions, Nélaton, Verneuil, Maisonneuve (4), et même aussi Danyau, en ont émis une troisième, qui est d'attendre quelques jours après l'accouchement. Toute la plaie se recouvre de bourgeons charnus qui dispensent de faire un avivement. On n'a qu'à rapprocher ces bourgeons charnus avec des points de suture, et les tissus environnants sont encore dans un état de relâchement suffisant pour qu'on n'ait pas besoin d'avoir recours à aucune incision latérale supplémentaire.

Dans deux cas rapportés par Nélaton (5), ce chirurgien opéra une fois le quatrième jour, une autre fois le septième, et le succès fut aussi complet que possible. Nous-même, au mois de novembre 1864, assisté de M. le docteur Paul Horteloup, nous avons opéré au huitième jour de son accouchement une dame atteinte d'une déchirure périnéale au troisième degré, et nous avons eu un succès complet. Si donc il nous est permis de

(1) Danyau, *Mémoire sur la périnéoraphie pratiquée immédiatement après l'accouchement* (*Journal de chirurgie*, juin 1843).

(2) Dieffenbach, *Die operative Chirurgie*, t. I, p. 612; *La chirurgie*, par Philips, 1^{re} partie. Berlin, 1840, p. 73.

(3) Bérard, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, article PÉRINÉE. Paris, 1841, t. XXIII, p. 514.

(4) Maisonneuve, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1849.

(5) Nélaton, *Traité de pathologie chirurgicale*, t. V.

donner ici notre opinion personnelle, ce serait à ce dernier parti que nous donnerions la préférence, en établissant, toutefois, comme règle absolue, que la femme doit ne présenter et n'avoir présenté aucun accident particulier.

Mais il s'en faut de beaucoup que le chirurgien ait, en général, à choisir son moment, et, dans le plus grand nombre des cas, au contraire, c'est sur des ruptures du périnée depuis longtemps cicatrisées qu'il doit agir. La sage-femme, ou le médecin-accoucheur, n'a pas voulu effrayer la malade, ou bien il a compté un peu trop légèrement sur une guérison spontanée, et ce n'est que plus tard, quand la femme est atteinte d'une affreuse infirmité, que le chirurgien est appelé et pratique la suture.]

Il y a trois sortes de suture : la suture interrompue, la suture entortillée et la suture avec des tubes placés de chaque côté de la plaie.

Osiander et Dieffenbach ont eu des succès avec le premier procédé ; mais, suivant Duparcque, les succès et les échecs se compensent à peu près.

Anock (1) a guéri une malade par ce procédé ; Rayer en a guéri deux. Mettauer (2), de Virginie (États-Unis), a réussi dans plusieurs cas, avec l'emploi des fils de plomb : les fils, une fois introduits, étaient entortillés ensemble à leurs extrémités. On ne les retirait qu'au bout de six semaines, et dans plusieurs cas la réunion s'était faite. La grande objection à la suture interrompue est que, les lèvres n'étant pas au contact dans toute l'étendue de la plaie, la réunion peut souvent ainsi n'être que partielle.

La même observation est applicable à la suture entortillée, bien qu'elle ait été appliquée avec succès par Morbonne, Saucerotte, Noël, Dieffenbach (3), etc.

La suture avec les tubes latéraux est évidemment celle qui permet de placer le mieux en contact les lèvres de la plaie. Dupuytren, Roux, Dieffenbach, obtinrent des succès par ce procédé. P. Dubois échoua par le même procédé. Davidson (4) raconte ainsi un cas de succès avec cette ligature.]

OBSERVATION I. — Le 6 novembre 1838, étant accompagné par Henry Davis, je pratiquai l'opération de la manière suivante : au moyen d'une aiguille courbe, j'introduisis profondément tout près du rectum un fil double très-fort, puis un second près du vagin, à une distance d'un demi-pouce du premier ; j'avivai alors les bords de la plaie, ce que je n'avais pas encore fait, pour ne pas être gêné par l'écoulement de sang et pour pouvoir placer les fils plus à mon aise. Une fois les ligatures placées, je pris deux petits morceaux d'une sonde de gomme élastique, chacun d'un pouce et demi de longueur ; je plaçai l'un dans les anses formées par les fils, et l'autre entre les chefs indé-

(1) Anock, in Merriman, *Synopsis*, p. 110.

(2) Mettauer, *Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XIX, p. 552.

(3) Dieffenbach, *La chirurgie*, par Philips, p. 78 et suivantes.

(4) Davidson, *Lancet*, 4 mai 1839.

pendants des fils, lesquels je nouai solidement sur ce morceau de sonde. Roux avait remarqué que par ce procédé on produisait le renversement des bords de la plaie, et, pour obvier à cet inconvénient, entre les points de suture principaux, il plaçait de petites sutures secondaires. Pour arriver au même but, et pour maintenir plus solidement et plus intimement en contact les parties divisées, j'eus recours au moyen suivant : j'armai deux aiguilles courbes d'un morceau de ruban étroit, et de 4 pouces de long, avec un nœud à chaque extrémité ; les rubans furent glissés au-dessous des cylindres de gomme, à un demi-pouce de chaque extrémité, chacun d'eux entre deux fils à ligature ; les bords des deux extrémités les empêchaient d'échapper ; cela fait, je rapprochai du même coup les bords de la plaie sur les deux cylindres en attachant les fils à ligature, et par-dessus le tout je nouai de plusieurs rubans de fil, qui vinrent ainsi consolider la réunion et empêcher les bords de la plaie de se relever. Les selles furent ensuite prévenues avec de l'opium, la malade fut sondée soir et matin, et comme régime on donna un peu de biscuit et de gruau. Les fils furent retirés le septième jour : la réunion était complète. Au bout de neuf ou dix jours, l'urine sortit naturellement ; le septième jour, la malade alla à la garde-robe, et après six ou sept semaines elle pouvait marcher comme avant tous les accidents.

S'il y a une perte de substance, ou s'il y a rétraction des tissus latéraux, au point que la mise en contact soit difficile, Dieffenbach a conseillé une incision cutanée de chaque côté. Horner a conseillé de sectionner de même de chaque côté le sphincter afin de résorber les parties. Dans un cas, il tailla même un lambeau de chaque côté, moitié en haut, moitié en bas, pour combler la perte de substance (1). Son idée de diviser le sphincter a été aussi préconisée par Copeland, Bransley Cooper et Baker Brown (2). Le dernier chirurgien a publié plusieurs cas de succès, et il conseille ainsi de favoriser la constipation pendant quelques jours à la suite de l'opération. Il avive d'abord les bords de la déchirure, enfonce profondément les sutures (fig. 328) et divise ensuite de chaque côté le sphincter pendant que la malade est encore sous l'influence du chloroforme. Il faut donner une purgation avant l'opération, et de l'opium ensuite pour produire de la constipation. Quand la réunion est complète, on fait sortir les matières avec un grand lavement. Pendant quelque temps, on devra sonder la malade matin et soir ; dans les cas où le sphincter a été intéressé, et peut-être même une portion du rectum, il me paraîtrait à propos de diviser l'opération en deux temps : le premier pour réunir les bords du rectum, le second pour le périnée. Le régime devra être sévère : un peu de biscuit et du gruau. Inutile de dire qu'il faut un repos absolu. « Si la guérison n'est pas complète, dit Burns, si les matières ne peuvent être complètement retenues, la malade devra faire usage d'une ceinture et d'un bandage en travers fixé à cette ceinture. Il arrive quel-

(1) Horner, *American Journal of med. Sciences*, octobre 1850, p. 329.

(2) Baker Brown, *On the surgical diseases of women*, 1852, p. 31.

quelquefois qu'à l'extrémité déchirée du rectum il reste un fragment du sphincter interne, qui forme une sorte de valvule flasque vers la convexité du coccyx : par suite de l'existence de cette valvule, les matières, à moins d'être liquides, restent dans la concavité du sacrum, et ne passent pas par la vulve, excepté dans les cas où la malade fait des efforts. Quel-

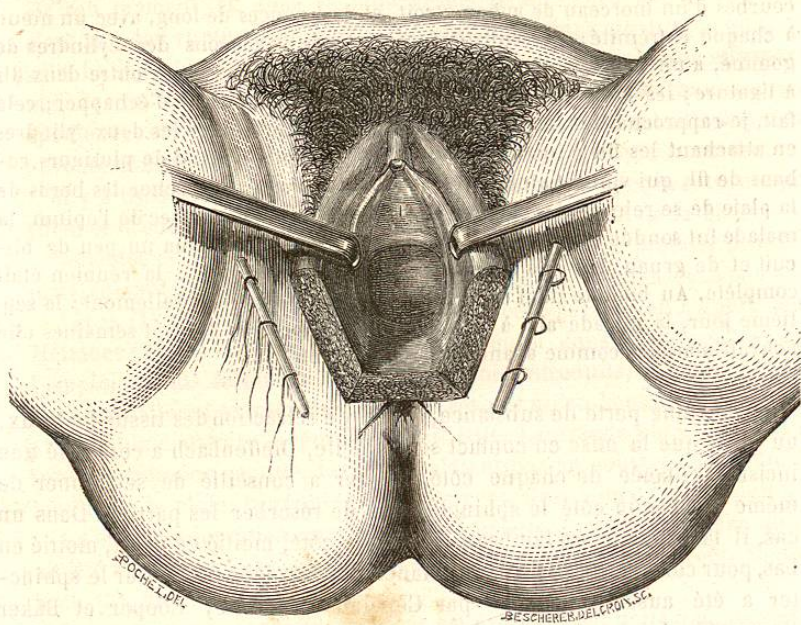


Fig. 328. — Périnéorrhaphie. Procédé de M. BAKER BROWN.

quefois le périnée est réuni, mais sur la cloison, et alors la surface interne du rectum vient faire saillie dans le vagin. Dans ces cas, il faut aviver les bords de la déchirure et appliquer des ériges. »

[Nous arrivons au procédé de Roux (1), qui fut le premier à faire de la périnéorrhaphie une opération fixe, régulière, et l'on peut même dire classique.

1° *Procédé de Roux.* — La malade est dans la position de la taille : dans le premier temps, le chirurgien avive les bords de la plaie, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri, en ayant soin de n'enlever qu'une épaisseur de tissu aussi faible que possible ; il avive de même les bords de la cloison quand elle est déchirée ; cela fait, il procède au placement des points de suture. Le plus souvent, on n'en place que trois, une au milieu de la commissure vulvaire, une autre tout près de l'anus, et une troisième au niveau

(1) Ph. J. Roux, *Mémoire sur la restauration du périnée chez la femme* (*Mémoires des savants étrangers à l'Académie des sciences*, t. V; *Gazette médicale*, 1834; *Quarante années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, p. 867).

de la cloison. Pour cela, il prend des aiguilles fortes bien acérées, dans lesquelles on enfle un fil double et plat de 3 millimètres de largeur environ ; il saisit avec quelques doigts de la main gauche le bord gauche de la plaie avivée, afin de la soutenir, et il enfonce une première aiguille de dehors en dedans, à 30 millimètres au moins de la plaie, d'abord perpendiculairement à la peau, puis obliquement, de manière à la faire ressortir un peu au delà du point le plus profond de la surface saignante. Il attire alors cette aiguille et la ligature qu'elle entraîne après elle, puis il enfonce dans la lèvre droite de la déchirure de dedans en dehors, en lui faisant suivre un trajet en tout semblable au précédent, mais en sens inverse. Il place de même tous les autres fils ; seulement il a soin de commencer par les plus près de l'anus et de faire pénétrer celui qui est au niveau de la cloison un peu avant dans cette cloison, si elle est déchirée. Cela fait, il dédouble les fils, et place de chaque côté un morceau de bougie de gomme élastique entre les fils dédoublés, et noue fortement de chaque côté.

2° *Procédé de Dieffenbach.* — Ce chirurgien faisait une suture entrecoupée au centre de la division, de manière à comprendre de chaque côté une largeur de téguments d'environ 9 millimètres. Il plaçait ensuite deux points de suture entortillée au-dessus et en avant de la suture entrecoupée, puis deux autres en arrière près de l'anus. S'il y avait déchirure du rectum, il la réunissait d'abord par plusieurs points de suture simple ainsi que l'orifice vaginal.

Quand le rapprochement était terminé, Dieffenbach pratiquait à gauche une incision qui, commençant à 13 millimètres en dehors du bord postérieur de la grande lèvre gauche, était conduite de haut en bas en forme d'arc, d'abord en dehors, puis en dedans, et se terminait sur le côté de l'anus à 1 centimètre environ de cette ouverture.

Une incision semi-lunaire semblable était pratiquée sur le côté droit. La portion de peau comprise entre la fente du périnée et chaque incision devait avoir 2 centimètres de largeur environ au point correspondant à la plus grande convexité de l'incision.

Ces incisions de Dieffenbach ont l'avantage immense de soustraire la suture au tiraillement qu'exerceraient sur elle les tissus voisins ; à peine sont-elles pratiquées qu'on voit un écartement considérable se produire, en même temps la partie moyenne qu'elles circonscrivent entre elles s'enfonce de 2 centimètres au moins au-dessous du niveau de la peau environnante. La malade peut même exécuter des mouvements sans que la suture subisse la moindre traction.

Au lieu de faire les incisions libératrices de Dieffenbach, Nélaton maintient la réunion à l'aide de longues bandes de diachylon qui vont d'une épine iliaque à l'autre en passant par-dessus les fesses.

Dans le but de relâcher aussi les parties et de rendre plus facile la sortie des garde-robes, Mercier a proposé de fendre en arrière le sphincter anal, conseil qui a été peu suivi.

Jobert, de Lamballe (1), a aussi imaginé un procédé particulier de périnéorrhaphie qu'il a désigné sous le nom de *périnéoplastie*. Ce mode opératoire a seulement cela de particulier que les deux incisions latérales sont plus étendues que celles de Dieffenbach, elles sont aussi à convexité externe et dépassent en arrière l'ouverture anale. Quant à la solution de continuité du périnée, ce chirurgien la réunit par quatre points de suture entrecoupés placés à 1 centimètre environ de distance l'un de l'autre et exécutés avec des fils plats et cirés.

En 1845, Jobert avait détaché la cloison recto-vaginale par deux profondes incisions verticales faites sur les côtés du vagin et du rectum.

En 1849, Maisonneuve (2), opérant peu de temps après l'accouchement une déchirure du périnée, réunit par une suture en surjet les trois bords rectal, vaginal et périnéal de la plaie, puis il passa un fil double près de la commissure vulvaire et un autre près de l'anus, et avec ces deux fils il pratiqua une suture enchevillée.

3° *Procédé de M. Langenbeck*. — Dans ces derniers temps, Langenbeck (3) a inventé une méthode qu'il nomme *périnéo-synthèse* et qui a été appliquée quatre fois avec succès par Verhœghe, d'Ostende (4). Ce procédé est long et assez difficile à mettre en pratique.

On peut le diviser en plusieurs temps : 1° avivement du bord libre ou éperon de la cloison recto-vaginale ; 2° dédoublement de cette cloison et formation d'un lambeau destiné à former dans le nouveau périnée le côté antérieur de l'espace triangulaire ; 3° avivement des deux lèvres de la solution de continuité ; 4° placement des sutures ; 5° incisions de Dieffenbach.

On commence par aviver l'éperon avec des ciseaux, puis on pratique une incision semi-lunaire dont la convexité passe à 2 ou 3 lignes du bord inférieur de la cloison. L'incision ne doit intéresser que la muqueuse vaginale et le tissu cellulaire sous-muqueux et éviter de pénétrer dans le rectum.

On saisit la lèvre supérieure avec une pince et on la dissèque dans une hauteur de 6 lignes environ et dans toute la largeur de la cloison. On la dédouble ainsi en deux lames dont l'une postérieure est destinée à rester en arrière pour former le rectum, et dont l'antérieure est ramenée en avant pour être fixée de chaque côté par ses angles à la partie antérieure du nouveau périnée.

(1) Jobert (de Lamballe), *Périnéoplastie chez la femme, opération* (*Gazette des hôpitaux*, 1853, p. 140) ; *De la réunion en chirurgie*. Paris, 1864, p. 681, et pl. V, fig. 3.

(2) Maisonneuve, *Déchirure du périnée et de la partie correspondante du sphincter de l'anus* (*Gazette des hôpitaux*, 1849, p. 310, et *Bull. de la Société de chirurgie*).

(3) Langenbeck, *Sur un procédé opératoire pour la guérison des ruptures complètes du périnée* (*Gazette des hôpitaux*, 22 janvier 1853, p. 33).

(4) Verhœghe, *Essai de chirurgie plastique*, d'après les principes du professeur B. Langenbeck. Bruxelles, 1856.

Dans un troisième temps on avive les deux côtés de la déchirure en circonscrivant un espace quadrilatère un peu allongé dans le sens antéro-postérieur (de la vulve vers l'anus), en évitant d'empiéter sur la muqueuse du vagin et sur la peau en bas. Cet espace quadrilatère doit avoir un pouce $1/2$ de long sur $3/4$ de pouce de large.

Le quatrième temps comprend la suture ; on commence par celle du rectum ; on fait pénétrer dans la peau à gauche du bord antérieur de l'anus et à 4 ou 5 lignes du bord de la plaie une aiguille courbe qu'on dirige de manière à la faire sortir sur le bord avivé de l'éperon à la distance de 2 lignes environ à gauche du point de milieu ; puis on l'enfonce sur le même bord à la même distance à droite de la ligne médiane pour la faire ressortir à un point de la peau du côté opposé correspondant à celui par lequel on l'avait fait entrer. En tirant un peu sur les deux extrémités de ce fil, on voit l'éperon se relever en se pliant en deux parties égales qui se mettent aussitôt en contact par leur bord saignant sur la ligne médiane, le rectum est alors fermé. On procède ensuite à la réunion du périnée proprement dit ; on doit placer quatre points de suture en commençant par l'inférieur et en ayant soin de laisser entre chaque point un intervalle de 4 lignes environ. Les aiguilles pénètrent à 4 ou 6 lignes du bord de la plaie et comprennent le fond de celle-ci sans empiéter sur la muqueuse du vagin. Elles ressortent après ce long trajet à un point correspondant exactement (quant à la distance du bord de la plaie) à celui par lequel elles étaient entrées.

La lame vaginale est alors fixée par deux à trois points de suture à la partie antérieure des deux lèvres de la division avivée. Cette lame forme un plan incliné en bas et en avant qui recouvre comme une voûte les parties essentielles de l'opération, et oblige en même temps tous les liquides sécrétés par le vagin à couler vers la vulve sans s'infiltrer dans l'interstice de la réunion. Elle reconstruit le côté antérieur de l'espace triangulaire qui forme le périnée.

On serre alors tous les liens du périnée en commençant par l'inférieur, entre la deuxième et la première suture en allant d'avant en arrière, on met un point de suture entortillée. Enfin, tout étant ainsi terminé, le chirurgien pratique les incisions semi-lunaires de Dieffenbach.

Des accidents nombreux peuvent survenir après la périnéorrhaphie, sans parler de ceux qui peuvent compliquer toute espèce de plaie, comme l'érysipèle, etc. Tantôt ce sont les fils trop serrés qui coupent les tissus et font échouer la suture ; tantôt c'est une inflammation violente qui, tuméfiant fortement les parties molles, amène la constriction des fils, des eschares se forment, et l'opération ne réussit pas.

Un des accidents les plus fréquents, c'est la persistance d'une petite fistule recto-vaginale. La cautérisation paraît en avoir guéri quelques-unes, mais quelquefois ces fistules persistent ; leur formation paraît due le plus souvent à l'infiltration dans la plaie, entre les surfaces réunies

soit des liquides vaginaux, soit des matières fécales qui détruisent les adhérences et amènent dans un point plus ou moins étendu une solution de continuité.

Les procédés de Roux, de Dieffenbach, etc., avaient l'inconvénient de laisser les deux bords avivés réunis par un simple contact du côté du vagin et du côté du rectum, ce qui rendait facile l'infiltration des matières étrangères. Langenbeck a remédié à cet inconvénient du côté du vagin par la lame de muqueuse qu'il tend en avant des surfaces avivées et qui les protège assez exactement; mais du côté du rectum l'infiltration peut encore se faire et produire des désordres graves.

Demarquay (1) a cherché, en modifiant les divers procédés mis jusqu'ici en pratique, un moyen d'obvier aux inconvénients qui peuvent faire échouer la suture du périnée. Il s'est attaché surtout à mettre les surfaces réunies à l'abri des matières liquides qui pourraient s'infiltrer entre elles et en amener le décollement. Le procédé qu'a imaginé le chirurgien de la Maison de santé paraît remplir plus de conditions de succès que ceux jusqu'ici employés; nous allons essayer d'en donner une idée.

L'avivement est dans le mode opératoire mis en pratique par M. Demarquay la partie la plus importante; c'est sur lui que repose en quelque sorte le succès, puisque c'est du soin avec lequel on le fait que dépend l'application des points de suture et la réunion plus ou moins exacte des surfaces. Cette partie de l'opération peut se diviser en deux temps. Dans un premier temps, le chirurgien agit sur les surfaces cicatricielles, il enlève de chaque côté de la cloison deux lambeaux triangulaires dont la base est inférieure et regarde la fesse, et dont le sommet tronqué correspond à l'éperon de cette cloison déchirée. La grandeur de ces lambeaux est, comme on le comprend, subordonnée à l'étendue de la cicatrice; dans un second temps, l'opérateur sépare l'une de l'autre la paroi vaginale et la paroi rectale; il dédouble ainsi la cloison dans une hauteur de 1 centimètre environ, et dissèque de chaque côté avec le plus grand soin les muqueuses du vagin et du rectum. Après avoir ainsi pratiqué l'avivement, il procède à la suture qui peut se diviser en temps: 1^o suture du vagin; 2^o suture du rectum; 3^o suture du périnée.

Du côté du vagin, il fait avec des fils cirés de cinq à neuf sutures simples en commençant par la plus profonde; l'aiguille courbe armée d'un fil est enfoncée à gauche dans la muqueuse vaginale; elle traverse la lame de la cloison dédoublee et apparaît sur la surface d'avivement, puis la pointe est enfoncée sur le point correspondant de l'autre côté pour aller sortir également sur la muqueuse vaginale. On a ainsi une anse de fil dans la plaie, et les deux bouts dans le vagin. On applique exactement de la même manière les autres fils cirés qu'on pourra nouer ensuite dans

(1) Demarquay, in Launay, *Recherches sur la périnéorrhaphie* (*Gazette médicale de Paris*, 1864).

ce conduit. Grâce au dédoublement de la cloison, les deux lambeaux de la muqueuse vaginale se trouveront en contact quand on serrera les fils, non par leurs bords seulement, mais aussi 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 dédoublee, 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. 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 de Demarquay, nous avons cru devoir recourir au dessin et montrer par quelques figures les temps principaux de l'opération. Dans la figure 329, on voit les surfaces triangulaires avivées, et de plus les sutures du côté du vagin et du côté du rectum; il ne

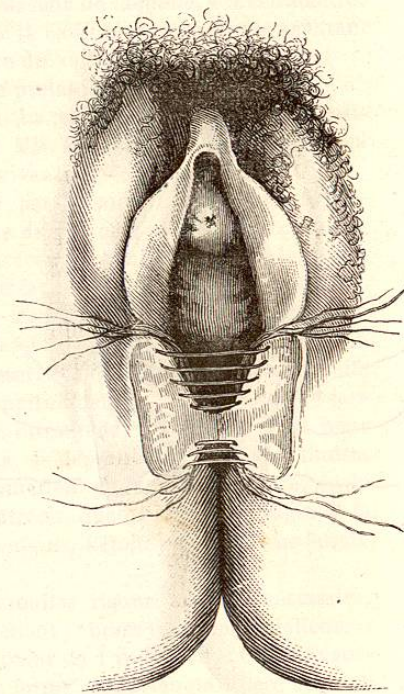


Fig. 329. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 1^{er} temps.

reste plus qu'à serrer les fils pour convertir la plaie en un entonnoir, ce que montre la figure 330, dans laquelle on voit en outre les trois fils métalliques destinés à rapprocher l'une de l'autre les deux parois latérales; enfin la figure 331 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

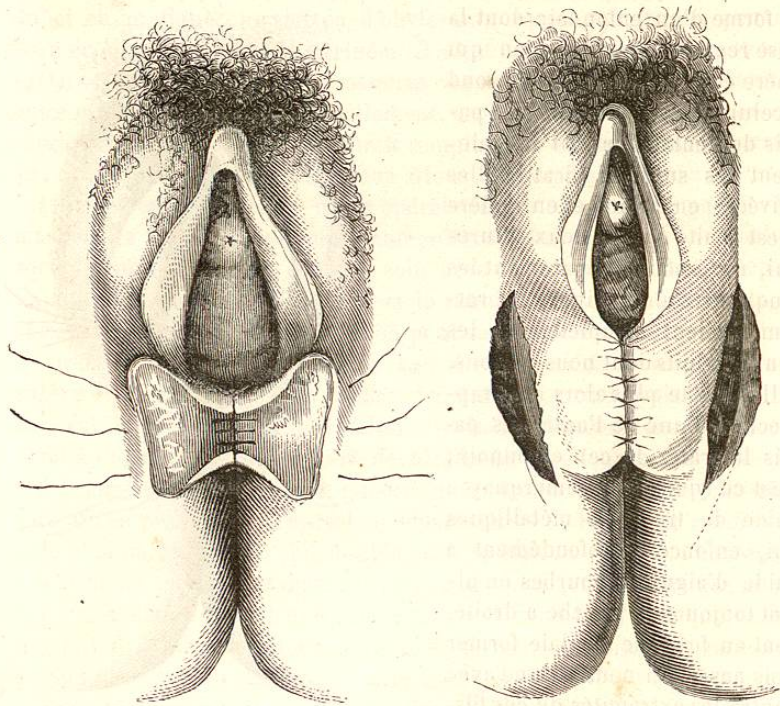


Fig. 330. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 2^e temps.

Fig. 331. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 3^e temps.

la cloison. Il commence par aviver la cloison et la réunir par 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.

Enfin, Verneuil conseille d'abandonner tout à la fois et les incisions latérales et la section du sphincter.

Nous terminons ce chapitre par l'histoire d'un fait très-intéressant que Verneuil a raconté lui-même à la Société de chirurgie.

OBSERVATION II. — Au mois de décembre 1861, M. Verneuil fut appelé à Saint-Lô pour une dame de trente-cinq à trente-six ans qui était atteinte d'une déchirure complète du périnée datant de plusieurs années. La vulve et l'anus ne formaient plus qu'une fente commune au fond de laquelle, à 3 centimètres de profondeur, on apercevait les débris de la cloison recto-vaginale séparant la moitié supérieure de la paroi inférieure du vagin de la cavité rectale.

L'utérus est un peu abaissé, mais non le prolapsus réel.

L'opération est décidée pour le 17 avril. La malade est posée dans la position de la taille, et, très-bien secondé par MM. les docteurs Bernard, Frestel et Gombault, je procédai de la manière suivante :

Les fesses sont écartées de chaque côté par un aide. Le spéculum américain est placé dans le vagin, la convexité de la valve répond à l'arcade pubienne. La région est ainsi parfaitement accessible et bien éclairée; les bords de la déchirure sont tendus et d'un abord facile. Pour être sûr d'obtenir des deux côtés une surface saignante d'égale dimension, je trace avec la pointe du bistouri la limite exacte des deux facettes d'avivement. En arrière, l'incision longe la muqueuse rectale sans l'intéresser, et en laissant même entre elle et la plaie d'avivement un petit liséré longitudinal de 1 millimètre de largeur; de cette façon, j'évite la muqueuse intestinale. En revanche, et pour obtenir une surface d'adhésion suffisante, je dépasse hardiment les limites qui séparent la cicatrice de nouvelle formation du vagin en avant et de la peau en bas. Peu importe, en effet, de rétrécir quelque peu le vagin et la vulve, et, chez une femme mère de trois enfants, l'étoffe de ce côté ne faisait point défaut.

Je n'enlève que l'épaisseur des parties molles rigoureusement nécessaire, c'est-à-dire qu'avec un bistouri très-tranchant j'abrasse très-superficiellement des deux côtés, sacrifiant une couche de moins de 1 millimètre. Les deux surfaces saignantes ainsi produites avaient la forme d'un triangle à base cutanée de 3 centimètres, à bords antérieurs et postérieurs un peu moins étendus, et se continuant avec la surface d'avivement des bords de la déchirure de la cloison. Pour aviver ceux-ci, j'observai les mêmes règles que pour la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire que je respectai complètement la muqueuse rectale et ménageai le liséré de sa soudure avec la muqueuse vaginale. C'est aux dépens de celle-ci que je créai tout autour de l'angle de la déchirure une surface saignante en forme de fer à cheval, large de plus de 1 centimètre, et formée par l'abrasion des couches les plus superficielles de la muqueuse. Je dénudai de la même manière toute l'éminence médiane, que j'ai dit plus haut être formée par la saillie isolée de la colonne postérieure du vagin.

Il résulte de ces détails que j'ai apporté à l'avivement une modification assez notable. Au lieu d'aviver perpendiculairement et d'enlever par consé-