

DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

Produite le plus souvent par l'accouchement, la déchirure du périnée constitue une infirmité assez fréquente. Elle est *complète* ou *incomplète*. Dans le premier cas, il y a formation d'un véritable cloaque; dans le second, l'infirmité n'a d'autre inconvénient que l'élargissement de la vulve.

Les ruptures centrales guérissent spontanément et les ruptures incomplètes peuvent avoir la même terminaison. Il est convenable de recourir, dès les premiers moments de l'accident, à la position qui rapproche les lèvres de la déchirure et à l'immobilité. Cependant la rareté des succès par ces moyens simples a fait recourir à la suture. La première mention de cette opération se trouve dans Trotula, auteur dont le temps et même le sexe ne sont pas certains (*Gyneciorum sive de mulierum morbis* etc. Argentorati 1597, chap. XX, p. 50. — Collection gynécologique de Spach): *Sunt quedam quæ ex graviditate partus incidunt in rupturam pudendorum... sunt enim quedam quibus vulva et anus fiunt unam foramen et idem cursus: inde istis exit matrix et indurescit... Post modo rupturam intra anum et vulvam tribus locis vel quatuor suimus cum filo de serico... etc*; et la première observation qui en ait été publiée appartient à Guillemeau (*L'heureux accouchement*, l. III, chap. XIV, p. 315, 1609; et *Œuvres de chirurgie*, Rouen 1649, p. 354). Un certain nombre de chirurgiens anciens ont parlé de cette opération ou l'ont pratiquée; parmi ces derniers nous citerons Mauriceau, Delamotte et Smellie: elle est aujourd'hui usuelle, grâce aux travaux de Roux et de Dieffenbach.

Périnéoraphie. La périnéoraphie a été proposée pour rétablir la séparation normale entre les orifices du rectum et du vagin devenus communs: étendue dans son application au rétrécissement du vagin pour s'opposer à la chute de l'utérus, elle a reçu le nom d'*épisiographie*.

La suture pratiquée immédiatement après l'accouchement, et qu'on disait ne pouvoir réussir, a été souvent suivie de guérison; M^{me} Lachapelle, Ritgen, Dieffenbach, à la fin de sa carrière, en ont été partisans. Dans le cas d'une fente incomplète récente, on pourrait s'en abstenir et se confier à la position.

On est ordinairement appelé quelques semaines au moins après l'accident.

Si la déchirure est *incomplète*, la suture à points séparés, la suture enchevillée ou entortillée réussissent également. Nous ne nous arrêterons pas à décrire ici le mode d'exécution de ces différentes opérations. Quelle que soit celle que l'on veuille pratiquer, le chirur-

gien, placé devant la malade couchée sur le dos et les cuisses fortement fléchies, commence par aviver les deux bords de la fente. La suture est alors pratiquée suivant un des modes décrits; on aura soin toutefois d'embrasser avec l'aiguille une assez grande étendue de tissus, de 0^m,01 ou 0^m,02 en largeur de chaque côté. L'opération terminée on fixe les cuisses dans le rapprochement, on ne permet pas à la malade d'uriner naturellement, on la sonde, et l'on maintient une grande propreté autour de la plaie. Au moyen d'une diète assez sévère, on évite les selles pendant les premiers jours; les fils métalliques ou non métalliques sont laissés en place cinq à six jours, s'ils ne provoquent pas d'inflammation ulcéralive; s'il en est autrement, ils sont enlevés et remplacés par des fils ou des bandelettes au collodion.

Dans le cas de *déchirure complète*, Roux a préconisé la suture *enchevillée*. On l'exécute, après l'avivement des bords, selon les règles ordinaires, en commençant du côté de l'anus.

Roux se servait d'aiguilles particulières, formant exactement un demi-cercle. Il réunissait ensuite la peau par des sutures superficielles et fut ainsi l'inventeur de la double suture. (Strauss, *Ruptures du périnée*, Thèse d'agrégation; Strasbourg 1869.)

Heurteloup avait proposé de fixer sur les deux extrémités de tiges en argent, introduites entre les bords de la division, des espèces d'écrous mobiles à volonté et à surfaces convexes, capables de produire une compression latérale plus ou moins forte, au moyen d'une vis.

Le procédé de Dieffenbach est une application à la périnéoraphie de la méthode de Celse pour l'opération du bec-de-lièvre. Dieffenbach pratiquait d'abord la suture entortillée, puis il faisait une incision semi-lunaire à la peau de chaque côté de la suture, commençant à 0^m,01 ou 0^m,02 en dehors de l'extrémité de la grande lèvre et venant aboutir à 0^m,01 au devant de l'anus, la convexité de la courbe regardant en dehors. Il pratiqua plus tard deux rangs de sutures, comme Roux, par un procédé qu'il nomma *suture en escalier*. Dans les cas compliqués, il réunissait la muqueuse vaginale par une suture en surjet: il fermait de la même manière la paroi rectale et, enfin, le périnée. C'est ce que M. G. Simon a appelé la *suture triangulaire*, qui lui a donné de très-beaux succès.

Le docteur Küchler (de Darmstadt) a publié, en 1863, un procédé de *périnéoraphie* dont il a obtenu de remarquables résultats et qui est également applicable à l'épisiographie (voy. ce mot). Au lieu de chercher à produire un simple bord d'avivement, ce chirurgien détermine une véritable surface saignante. On saisit entre les mors d'une pince plate les bords de la cicatrice et de la portion postérieure de la grande lèvre, et on en détache d'un coup de

ciseaux un lambeau triangulaire offrant une large surface de section. On prolonge l'avivement en avant jusqu'àuprès du méat urinaire, sans craindre le rétrécissement ultérieur de la vulve. On agit de même en arrière sur la cloison recto-vaginale à l'aide d'un bistouri et d'une pince à dents de souris. Un aide introduit le doigt dans l'anüs et pousse les tissus en avant pour en faciliter l'avivement, qui présente la forme d'un fer à cheval ou d'un cœur de cartes à jouer. La suture est double, *vaginale* et *périnéale*.

Ce procédé de suture vaginale et périnéale a été mis en usage avec un plein succès à la clinique de la Faculté de Paris, par M. Richet (*Union médicale*, 1869, n° 6), dans un cas de rupture du périnée, compliquée de rectocèle, de cystocèle et de chute de l'utérus. Préoccupé de parer aux fistules vagino-périnéales qui subsistent après l'opération et sont causées par l'infiltration des liquides qui se rassemblent dans le cul-de-sac du vagin, ce chirurgien procéda de la manière suivante: par une incision suivant la courbe que présente la déchirure périnéale depuis la base de la grande lèvre gauche jusqu'à celle de droite, il divisa la surface cicatricielle en deux moitiés égales, l'une antérieure, l'autre postérieure. Disséquant alors un lambeau semi-circulaire, épais de 0^m,001, qui décolla la cloison vaginale et les cotés du périnée dans l'étendue de 0^m,008 à 0^m,010, il le releva vers le vagin, en adossa les surfaces saignantes à l'aide de quelques points de suture métallique, dont les fils furent ramenés par l'orifice vulvaire. Il constitua ainsi un plan incliné relevant insensiblement le plan postérieur du vagin jusqu'à l'orifice de la vulve restaurée, et formant une sorte d'éperon, sur lequel les liquides vaginaux furent conduits au dehors sans pouvoir s'infiltrer à travers la suture suffisamment serrée, et présentant, sur la ligne médiane, une crête saillante avec deux rigoles latérales. Cela fait, le chirurgien aviva la moitié antérieure de la surface de la déchirure périnéale restée intacte, et la réunit, comme le faisait Roux, à l'aide de trois points de suture entortillée. Par cette opération, qui constitue comme la précédente une épisioraphie, en même temps qu'une périnéoraphie, la chute de l'utérus et la rectocèle furent radicalement guéries: la cystocèle seule avait encore quelque tendance à se produire.

Des procédés analogues ont été donnés par Béraud, M. Demarquay et M. Verneuil: ce dernier se borne à faire une suture vaginale et une suture périnéale, cette dernière étant passée de façon à rendre la suture rectale inutile.

Dieffenbach et MM. Langenbeck, Schuh, Roser, G. Simon, Eug. Boeckel ont proposé et exécuté des sutures à double et à triple rang. Heurteloup, en 1855, avait aussi conseillé un plan de sutures

profondes pour mieux assurer le succès des sutures superficielles. On peut donc, dans la périnéoraphie, réunir séparément: 1° le vagin et le rectum, 2° la cloison recto-vaginale, 3° le périnée, par des sutures distinctes, aidées ou non de décollements et d'incisions auxiliaires, selon les indications.

M. G. Simon a recommandé l'emploi des purgatifs répétés journellement pour ménager les sutures en facilitant les garde-robes: mais on a plus souvent recours à l'opium et à la diète pour prévenir, pendant quelques jours, les évacuations alvines. Il convient aussi, dans les premiers jours qui suivent l'opération, de vider la vessie par le cathétérisme et de ne pas laisser la malade uriner seule.

M. Montain emploie une longue agrafe à deux branches, armée de pointes qui doivent traverser chacune des lèvres de la déchirure, après l'avivement.

La cautérisation à l'aide du cautère actuel ne mérite aucune confiance.

Plusieurs accidents peuvent suivre l'opération de la périnéoraphie.

1° *Hémorrhagie*. Dans deux cas, cités par Velpeau, de fente incomplète, et bien qu'aucune artère importante n'eût été ouverte, il survint, le troisième jour, des hémorrhagies par exhalation, qui se renouvelèrent à plusieurs reprises et donnèrent de vives inquiétudes. 2° La *péritonite* a été observée, ainsi que la pyohémie. 3° Une *fistule* fort difficile à faire disparaître persiste fréquemment au bas de la cloison recto-vaginale. 4° L'opération *échoue complètement*. 5° On peut déterminer un rétrécissement trop considérable de la vulve, et gêner la copulation, comme dans le fait, rapporté par Dupuytren, d'une fille-mère qui s'était mariée, et dont la virginité, trop complètement rétablie, exigea un coup de bistouri.

Appréciation. De nombreux cas de réussite prouvent que la suture simple a suffi pour guérir la déchirure du périnée. Lorsque cette cloison est fendue complètement, la suture enchevillée semble préférable. On emploiera l'ingénieuse modification de Dieffenbach, quand la tension des parties sera trop grande après la réunion. Quant à la cautérisation, même avec la modification de M. J. Cloquet, et à l'agrafe de M. Montain, elles nous semblent devoir être rejetées. Enfin, les sutures à double et à triple étage sont une précieuse ressource à mettre en usage.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Toute communication anormale de la vessie et du vagin, produite par une solution de continuité des parois correspondantes de ces deux organes, constitue une *fistule vésico-vaginale*.