

ya de plus particulier dans le procédé, car, pour ce qui regarde la cloison recto-vaginale, Emmet, comme presque tous les chirurgiens, fait des sutures transversales qu'il fixe par des plombs écrasés sur les fils (fig. 759).

Il est donc inexact de dire, comme le répètent presque tous les articles écrits en France sur ce point, que le procédé d'Emmet est à un seul plan de sutures; il y en a au moins deux: l'un antéro-postérieur ou oblique de haut en bas pour reformer le périnée, l'autre transversal, portant sur la cloison. Il est également inexact de représenter ce procédé comme exigeant une longue aiguille courbe à manche, Emmet ne se servant que d'aiguilles ordinaires.

Procédé de Terrillon. — C'est celui d'Emmet pour la rupture incomplète, c'est-à-dire avec un fil passé dans la partie intacte de la cloison et passant dans la grande lèvre au-dessus de la partie avivée (C. D. fig. 756) avec cette différence qu'au lieu de réunir par torsion les fils périnéaux, Terrillon les serre sur un bout de sonde, comme dans presque tous les procédés antérieurs et qu'il y ajoute un gros fil, profondément placé, retenu par une petite cheville et une plaque de plomb.

Procédé d'Hegar et Kaltrnbach. — Il consiste en trois plans de sutures: les unes réunissent transversalement la partie rectale de la cloison; les secondes, également transversales réunissent la partie vaginale depuis la déchirure profonde jusqu'à la fourchette; les troisièmes transversales comme toutes les autres réunissent la partie de la peau qui devra former le périnée. Elles sont assez superficielles et ne comprennent que la peau.

Procédé de Hildebrandt. — La cloison déchirée est dans sa partie profonde réunie par des sutures transversales. Il en est de même de la partie rectale de la cloison. Quant à la portion qui répond au périnée et au sphincter elle est réunie par des sutures enfoncées directement d'avant en arrière et revenant d'arrière en avant dans la cloison opposée.

Toutes dépassent en arrière la limite postérieure de l'avivement et par conséquent elles sont toutes, par leur anse postérieure, apparentes dans le vagin. Les fils sont donc parallèles à la face interne des grandes lèvres, à direction antéro-postérieure, comme deux des fils du procédé d'Emmet, mais aucun de ces fils ne va dans la cloison restée intacte, tous par leur anse apparaissent dans le vagin.

3^o *Opération en deux temps. Procédé de Laugier.* — Dans un

cas où la cloison était divisée, il commença par l'aviver et la réunir à l'aide de trois points de suture entrecoupée, qu'il enleva le neuvième jour; la réunion était complète. Un mois après, il procéda à la réunion du périnée, qui fut pareillement obtenue moyennant cinq points de la même suture, et sans incisions d'aucune espèce.

Appréciation. Si nous voulons mettre quelque clarté dans ce sujet, quelque peu obscurci par la réunion de procédés qui s'appliquent à des opérations en réalité très différentes quoique s'appelant des périnéorrhaphies, il faut distinguer les périnéorrhaphies pour déchirures incomplètes, celles pour déchirures du périnée et du sphincter; celles enfin qui s'appliquent à la déchirure du périnée, du sphincter et d'une partie notable de la cloison.

Les déchirures incomplètes ne nous arrêteront pas. Ce sont des opérations également applicables à la rectocèle, au prolapsus utérin; elles réussissent à peu près toujours parce qu'elles sont simples, que rien ne tend à désunir les parties rapprochées par les sutures. Je me borne à dire que le procédé d'Emmet que j'ai pratiqué, comme celui de Baker Brown, est facile dans son exécution et donne un excellent résultat parce qu'il fortifie notablement la partie refaite du périnée. Ici, que les fils soient placés dans un sens ou dans un autre, qu'on les réunisse par torsion ou qu'on les fixe sur des sondes, le peu de profondeur des parties fait que toutes les sutures réussissent si on les applique d'une manière convenable et si on ne les serre pas au point de déterminer la section des parties qu'elles embrassent.

Les difficultés commencent quand il s'agit de la rupture complète du sphincter; mais ces difficultés ne sont encore que très modérées. Qu'on ferme fortement l'anوس par la suture spéciale d'Emmet, l'inconvénient ne sera pas considérable si, par malheur, la malade doit rendre des selles un peu trop compactes; la suture passée au niveau du sphincter embrasse des tissus épais, et elle a grandes chances de résister. En cas de nécessité, s'il fallait couper le fil central, les deux autres pourraient encore maintenir une occlusion suffisante du sphincter. Nous verrons qu'il n'en est pas de même lorsqu'il y a déchirure de la cloison.

La périnéorrhaphie pratiquée pour des déchirures portant sur le périnée, le sphincter et la cloison se présente avec des difficultés bien autrement grandes, et c'est pour elle que nous devons discuter toutes les questions que soulève l'opération, aussi bien avant que pendant et après l'acte opératoire.

Tout le monde est d'accord sur un point, la malade doit être

purgée dans les jours qui précèdent l'opération. On peut le matin même lui administrer un lavement, mais à la condition que ce soit assez tôt pour qu'on soit certain qu'il sera complètement rendu avant l'intervention du chirurgien.

La durée assez longue de l'opération exige l'emploi des anesthésiques; je dois dire cependant que, récemment, sur une malade qui redoutait le chloroforme, j'ai eu recours à deux injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne faites au niveau de la plaie et à des attouchements avec une solution de cocaïne pendant l'opération qui a été admirablement supportée.

L'avivement doit d'abord nous arrêter. Si au niveau de l'éperon de la cloison on se borne à enlever une simple languette de tissu, on n'a à réunir que des bords minces et l'on va au-devant d'une fistule recto-vaginale, c'est ce qui est arrivé à Demarquay et ce qui était fréquent avec les anciens procédés. Il faut donc, comme je l'ai fait le premier, je crois, en 1868, faire porter l'avivement à une certaine hauteur, un centimètre au moins, sur la partie intacte de la cloison, en disséquant la muqueuse vaginale (fig. 749) et en respectant toute l'épaisseur du feuillet rectal.

L'avivement latéral est à peu près le même dans tous les procédés. L'incision limitatrice doit suivre, sans l'atteindre, la muqueuse rectale; il ne faut pas, à l'exemple de Demarquay, pratiquer le dédoublement de cette muqueuse pour la libérer sous forme de petit lambeau. Les incisions portant sur la grande lèvre et la partie déchirée du périnée, circonscrivent soit un triangle, soit une sorte de foliole. Il ne faut pas faire remonter trop haut cet avivement, faute que commettent trop souvent de jeunes opérateurs, car on rétrécit trop la vulve et les parties sont trop tendues. Il ne faut pas non plus la descendre au niveau de la partie moyenne de l'anus, autre faute souvent commise et plus grave, car on obture plus ou moins l'anus et on fait obstacle à l'issue des matières et des gaz. Je crois utile le dédoublement vaginal que j'opère à l'exemple de Demarquay et qu'opère également Richet. En définitive ce n'est pas autre chose que l'avivement fait par tous; seulement, au lieu de retrancher toute la muqueuse qui recouvrait les parties avivées, j'en conserve un petit lambeau du côté du vagin, comme le faisait Malgaigne dans son procédé du bec de lièvre. Je fais la suture des parties qui doivent reconstituer la cloison comme si ce lambeau n'existait pas, mais, par le rapprochement et la suture de ces deux lambeaux, j'ai un obstacle de plus à l'infiltration des liquides vaginaux dans la plaie. Si par un accident exceptionnel, les fils coupent ce lambeau assez mince, ou même s'il se mortifie en partie, ce que je n'ai pas

observé, il aura toujours subsisté quelques jours et, pendant ce temps, il aura permis aux sutures profondes, les seules tout à fait sérieuses, d'amener l'adhésion des parties.

Arrivons aux sutures. Faut-il faire séparément la suture des bords de la muqueuse rectale, comme le faisait Demarquay, comme font Hildebrandt, Hegar et Kaltenbach, Simon, comme je la fais moi-même? Je réponds nettement par l'affirmative. Elle est des plus faciles, n'a pas d'inconvénient et quand on l'a vu faire, on comprend facilement son utilité. Elle est une barrière à la pénétration des liquides du rectum, comme la suture du petit lambeau vaginal est un obstacle pour la pénétration des liquides vaginaux. Elle est également superficielle et, si elle manque, elle ne compromet rien et a été d'une grande utilité dans les premiers jours.

Quelle est l'utilité du fil rectal d'Emmet? Non seulement elle est problématique; mais j'affirme que ce fil est nuisible quand il s'agit d'une déchirure sérieuse de la cloison. Je l'ai employé, je lui ai dû un insuccès et ne l'emploierai plus dans ces circonstances. En effet, ce fil ferme en partie l'anus, qui ne peut plus se dilater, si des matières quelque peu solides doivent être expulsées. Emmet ne nie pas le fait qui est indéniable. Il faut alors, dit-il, que le chirurgien intervienne, qu'il place la malade dans la position du spéculum, qu'il déprime la partie coccygienne de l'anus, qu'il enlève avec le doigt, avec une cuillère les matières qui se présentent. Outre que ce rôle est peu agréable, il faut, pour le remplir, que le chirurgien soit présent, or le moment de la défécation survient à toute heure, il n'est pas dans la volonté des malades de le prévenir ou d'en suspendre les manifestations. Les garde-robes se produiront donc sans que le chirurgien ait le temps d'intervenir. S'il ne s'agit que d'une périnéorrhaphie pour rupture du sphincter seul, le mal n'est que médiocre. Soutenu par les points de suture le sphincter réuni résistera à la déchirure; mais s'il s'agit d'une périnéorrhaphie pour rupture du sphincter et de la cloison, la scène change. Le sphincter résistant et les matières ne pouvant sortir facilement par l'anus, il y aura distension de la partie inférieure du rectum, poussée énergique du côté de la cloison, et comme celle-ci est mince, on peut être sûr qu'elle cédera, qu'elle se déchirera sur les fils, et que les matières ne pouvant sortir par l'anus sortiront par le vagin. Le périnée aura résisté, mais il y aura une fistule recto-vaginale plus ou moins large; en un mot échec complet de l'opération. Je repousse donc, dans ces cas, cette suture d'Emmet regardée par quelques-uns comme un grand progrès.

Dans une périnéorrhaphie complète, il y a deux parties distinctes à réunir : la cloison recto-vaginale, toujours assez mince, et la partie périnéale qui forme un triangle dont la base est au périnée et le sommet à la cloison, avec laquelle il se continue. Pour ce qui regarde la cloison recto-vaginale, tous les procédés s'accordent; qu'il y ait un seul plan, deux ou trois plans de suture (vaginal, moyen et rectal), les fils sont toujours placés transversalement de droite à gauche. Mais il n'en est plus de même pour le triangle périnéal. Les uns, comme Hegar et Kaltenbach, placent du côté du vagin des sutures transversales, et de semblables sutures au périnée; d'autres, comme je l'ai fait dans mon procédé de 1868, placent du côté vaginal quelques sutures transversales, du côté périnéal des sutures transversales superficielles et, de plus, deux ou trois sutures à la fois antéro-postérieures et transversales, en ce sens que, bien que passant de droite à gauche, ces sutures, l'une surtout, vont jusque dans la cloison qu'elles rapprochent de la surface périnéale. D'autres enfin, comme Emmet et Hildebrand, ne placent au périnée que des sutures antéro-postérieures, quelques-unes allant à la cloison (Emmet), ou toutes ayant leur anse à découvert, du côté du vagin. Je n'ai pas l'expérience des sutures du procédé d'Hildebrandt, il me semble, toutefois, que l'affrontement doit être moins parfait, moins solide. Mais j'ai l'expérience de la suture principale du procédé d'Emmet, de celle qui va du périnée à la cloison, puisque, bien avant Emmet, qui n'en parle même pas dans son livre de 1879, je l'ai pratiquée en 1868 et décrite en 1869. Eh bien, je déclare que, pour les déchirures complètes, j'abandonne à Emmet mon mode de suture, car dans ces cas, par un mécanisme que je vais exposer plus loin, ce fil est plus nuisible qu'utile. Il n'est bon et utile que dans les déchirures ne dépassant pas le sphincter.

Ceci m'amène à parler des incisions libératrices de Dieffenbach et des fils transversaux destinés à les remplacer. Ces incisions sont aujourd'hui presque complètement abandonnées; c'est une erreur. Quand, pour rapprocher au contact les deux côtés du périnée, quelquefois séparés depuis longues années (j'ai opéré des malades ayant le périnée déchiré depuis 6, 7 et 10 ans), il faut exercer une certaine traction sur les fils, on est très exposé à voir le périnée se couper sur les fils, même quand on les a profondément enfoncés loin de la surface avivée et on ne peut être sûr du succès qu'en relâchant les tissus par deux incisions latérales sur les côtés du périnée, incisions qui n'ont pas besoin pour agir d'être profondes. Elles ne sont pas toujours utiles et peuvent être omises, mais elles sont quelquefois indispensables.

On a voulu les remplacer par des fils d'argent, introduits à 1, 2 et même 3 centimètres de la ligne médiane, conduits profondément jusqu'au voisinage de la cloison au moyen d'une grosse aiguille courbe à manche et retenus à la surface par une plaque de plomb, une sonde et un tube de Galli. Comme d'autres, j'ai eu recours à ce moyen, je m'en suis mal trouvé, je l'ai abandonné, je le condamne et je vais expliquer pourquoi. Ce fil allant de la superficie de la peau vers la profondeur décrit une courbe dont le sommet convexe répond à la cloison et dont la concavité regarde le périnée; s'il conserve sa forme concave malgré la traction qu'on opère sur lui, c'est parce qu'il est retenu par la résistance des tissus. Mais le gonflement inflammatoire, qui forcément se montre, en écartant les plaques fixant les extrémités du fil augmente sa tension; en même temps les tissus légèrement enflammés deviennent plus friables et ils se coupent sur ce fil. Si les tissus profonds résistent, c'est la peau qui s'ulcère et quelquefois se mortifie sous la plaque. On peut objecter que lorsqu'on serre ces fils, ils ramènent en avant les tissus qu'ils traversent et que ces fils ont alors une direction absolument rectiligne. Cela est vrai, mais ces tissus ainsi attirés tendent à reprendre leur position et ne s'en coupent pas moins sur le fil. Il faut attirer le périnée vers la cloison qui s'est rétractée en haut, c'est pour cela que j'avais imaginé de faire passer un des fils, au moins, du périnée dans la cloison. Or, les incisions libératrices permettent au périnée de remonter vers la cloison et elles valent mieux qu'un fil qui tend à couper les parties qu'il embrasse.

En résumé, après avoir pratiqué bon nombre de périnéorrhaphies je ne saurais trop conseiller l'usage du procédé que j'ai décrit en 1869 et dans ma précédente édition de 1877, modifié, comme je l'ai dit, par la suppression du fil allant du périnée à la cloison, à travers la profondeur des parties avivées. Je serais cependant disposé à employer, pour la déchirure complète, le fil qu'Emmet emploie pour la déchirure incomplète et qui, introduit par les grandes lèvres au-dessus de l'avivement (fig. 756) va réparer librement dans le vagin et passer dans la partie saine et intacte de la cloison à un ou deux centimètres de la partie avivée et suturée.

Une périnéorrhaphie, même bien faite, ne peut réussir sans le concours de certaines précautions, et il se présente ici quelques questions que je dois examiner. La première est celle de la conduite à tenir à l'égard des garde-robes. Faut-il les éviter? Beaucoup de chirurgiens, après avoir purgé les malades avant l'opération, les mettent au régime des opiacés une fois l'opération faite et cher-

chent à éviter toute garde-robe. C'est la pratique que j'ai suivie longtemps et je l'ai abandonnée, car avec elle le succès ou l'insuccès dépendent du hasard.

Rien de mieux si on était sûr d'éviter les garde-robes pendant une dizaine de jours; malheureusement on ne l'est pas et quelquefois au sixième ou huitième jour les besoins de défécation deviennent si impérieux, que la malade ne peut y résister. Par suite de la constipation artificielle ce ne sont pas des matières plus ou moins molles qui se présentent à l'anus, mais une masse cylindrique parfois volumineuse, dure, qui surmonte toutes les résistances, et qui rompt le périnée ou la cloison ou quelquefois tous les deux ensemble. Il est préférable, suivant moi, de laisser les choses suivre leur cours normal et mieux encore de s'assurer que les selles seront molles mais non diarrhéiques en usant de quelques laxatifs légers. La plaie rectale, dira-t-on, sera baignée de liquide; cela est vrai, mais dans l'opération de la fistule vésico-vaginale n'en est-il pas de même de la partie vésicale de la plaie malgré la sonde à demeure. D'ailleurs, si l'on fait quelques points de suture rectale on aura encore diminué les inconvénients.

Une autre préoccupation est la présence des gaz et la nécessité de les rendre. Pour que leur évacuation soit possible il ne faut pas que l'anus soit trop fermé, ce qui arrive avec la suture sphinctérienne d'Emmet, dangereuse aussi, à ce point de vue, lorsqu'il a fallu reconstituer la cloison sur une certaine hauteur. On a conseillé l'usage d'une canule laissée à demeure; c'est un moyen dangereux pour plusieurs raisons. D'abord la canule excite des contractions du sphincter; puis, si elle est expulsée, la garde-malade en voulant la replacer pourra, par maladresse, déchirer la cloison. Il vaut donc mieux s'abstenir de ce moyen.

Les opinions varient encore sur la question de l'émission des urines. Faut-il laisser la malade uriner seule, faut-il la sonder, faut-il placer une sonde à demeure? Si la malade peut uriner seule, il vaut mieux le lui permettre; mais quelquefois elle ne le peut. Jen'aime par la sonde à demeure qui souvent cause de l'irritation et je ne l'emploie que si aucune des personnes qui entourent la malade ne sait pratiquer le cathétérisme.

Je conseille également l'abstention de tout lavage extérieur, de toute injection vaginale, de tout lavement, ils ont plus d'inconvénients que d'avantages, car il importe que rien ne dérrange les rapports des parties suturées; ce n'est qu'en cas de nécessité qu'on y aurait recours.

Les fils périnéaux peuvent être enlevés vers le sixième jour, les autres à partir du huitième. Pendant toute la durée de la

cicatrisation, la malade devra être tenue les cuisses rapprochées par une serviette embrassant les genoux.

Un débat s'est élevé sur la question de savoir si l'opération peut être pratiquée après l'accouchement. Roux voulait qu'on attendît la cicatrisation complète des surfaces de la déchirure; Nélaton retardait l'opération d'au moins quelques jours, jusqu'à ce que la plaie fût recouverte de bourgeons charnus. Ceci est de nécessité quand il y a des eschares; et il est bon de se souvenir que la suture a réussi sans avivement jusqu'au onzième ou au douzième jour.

Lorsque la déchirure est récente, deux ou trois points de suture, puisque l'avivement est alors inutile, suffisent le plus ordinairement. Mais si on est appelé à intervenir lorsque les lèvres de la déchirure se sont cicatrisées séparément et qu'il faille faire l'avivement et une véritable périnéorrhaphie, il faut, ainsi que je le dirai pour la fistule vésico-vaginale, attendre que les parties ne soient plus sous l'influence des modifications qu'a amenées l'état puerpéral.

X. — Fistules recto-vaginales.

Ces fistules succèdent assez souvent, comme on vient de le voir, à certains cas de périnéorrhaphie; quelquefois aussi la cloison se déchire seule dans les efforts de l'accouchement; et enfin la fistule peut être la suite d'un abcès.

J. Cloquet dit avoir guéri avec P. Dubois une fistule de 15 millimètres de diamètre, à l'aide de plusieurs applications successives du cautère actuel. Amussat a réussi de même avec les caustiques pour une fistule qui pouvait admettre une plume d'oie. Mais ce sont là des faits exceptionnels; et presque toujours la suture est indispensable.

La suture simple a été employée par Saucerotte et Placide Portal. Le premier échoua complètement; le second fut obligé de compléter le traitement par sept cautérisations. On a donc jugé nécessaire de joindre à la suture des incisions propres à relâcher les parties.

Procédé de Jobert. — La malade couchée comme il a été dit, un aide relève avec un spéculum à gouttière la paroi supérieure du vagin. Si la fistule est suffisamment en vue, il suffit d'en saisir les bords avec des pinces à dents, pour les aviver avec les ciseaux ou le bistouri. Si elle est trop profonde, on fait attirer la cloison recto-vaginale à l'extérieur, soit avec des érignes ou des pinces, soit, ce