

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

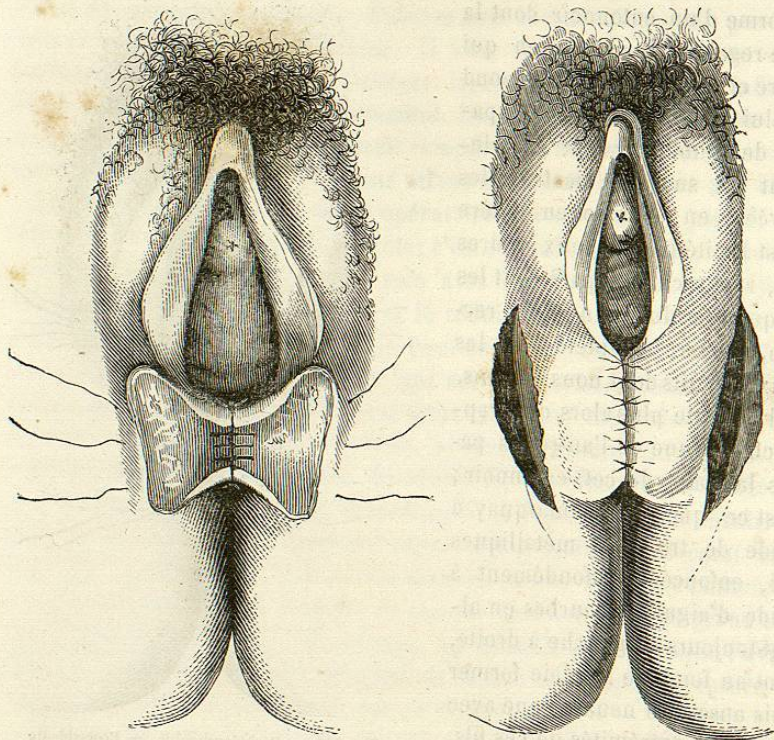


Fig. 330. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 2<sup>e</sup> temps.

Fig. 331. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEMARQUAY, 3<sup>e</sup> 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-

quent dans toute la hauteur de la déchirure une languette de la muqueuse rectale, j'ai partout ménagé cette dernière. De plus, en respectant sa soudure avec la muqueuse vaginale et la cicatrice de nouvelle formation, j'ai évité de pénétrer dans la couche de tissu cellulaire lâche qui la sépare des autres tuniques intestinales. Le mince liséré conservé tout le long du bord rectal m'a permis plus tard de passer les fils à suture près de la même muqueuse sans la comprendre dans l'anse des fils. De cette façon, je n'ai, lors de la coaptation, nullement diminué la capacité du rectum et de l'orifice anal. Enfin, au niveau de la cloison, au lieu d'affronter seulement des languettes de 5 millimètres, telles que l'avivement perpendiculaire me les aurait fournies, j'ai mis en contact des surfaces de plus de 1 centimètre, obtenues aux dépens du vagin par l'incision faite en dédolant.

Cette manière de faire, un peu minutieuse à la vérité, mais qui n'exige cependant que de l'attention, assure, si je ne me trompe, la réunion, et prévient quelques accidents *suturés*. Lorsque l'écoulement sanguin, d'ailleurs minime, fut arrêté, je passai les sutures : 1° du côté du vagin, 2° du côté du périnée. Je plaçai cinq points sur la muqueuse vaginale, absolument comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale. Ils étaient à 6 millimètres environ les uns des autres ; le premier, placé un peu au-dessus du sommet de la déchirure ; le dernier, à l'endroit où devait se trouver la future commissure vulvaire. Les trois points supérieurs répondaient à la cloison ; les trois inférieurs, à la face vaginale du périnée proprement dit.

Tous les fils furent placés à l'aide de petites aiguilles légèrement courbées vers la pointe, et comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale, c'est-à-dire qui prendrait la muqueuse vaginale à un bon centimètre du bord avivé. Ils rampaient obliquement sous cette tunique et ne réunissaient qu'elle seule. Même au niveau des points supérieurs, les fils n'atteignaient point la muqueuse rectale.

Pour le périnée, j'usai de la suture entortillée, et je plaçai d'avant en arrière trois fils distants de 1 centimètre environ et pénétrant à des profondeurs diverses. Je suis forcé d'entrer ici dans quelques détails, pour faire comprendre la modification que j'ai fait subir à cette suture.

Dans le procédé ancien, le fil moyen formait une anse plus longue que l'antérieur et le postérieur ; en effet, l'aiguille plongée à travers la peau se dirigeait en haut et en dedans et venait sortir sur la lèvre de la déchirure, tout près du sommet de cette dernière, rampant ainsi dans l'épaisseur de la partie inférieure de la cloison, à distance égale des faces vaginale et rectale ; puis l'aiguille plongée en sens inverse, c'est-à-dire de dedans en dehors et de haut en bas, complétait l'anse, qui par sa position devait rapprocher et affronter le sommet du V formé par la déchirure, ou, en d'autres termes, réunir la cloison déchirée de manière à prévenir la persistance d'une fistule recto-vaginale.

Les deux autres anses étaient conduites beaucoup moins profondément, l'une du côté du vagin, l'autre du côté du rectum ; il résultait de cette disposition que les deux moitiés du périnée étaient bien rapprochées du côté de la peau, mais très-imparfaitement du côté du vagin, du rectum, et surtout au niveau de la cloison, c'est-à-dire dans l'endroit le plus mince où un affrontement étroit diminuait considérablement les chances d'adhésion primitive. Ce

qui démontre que ce procédé était défectueux, c'est la fréquence des fistules recto-vaginales à la suite des opérations de Roux et de ses imitateurs.

En effet, pour peu que les lèvres de la plaie bâillent du côté du rectum, une parcelle de matière fécale ou même les gaz intestinaux, très-nuisibles à la réunion immédiate, s'interposent dans la fissure et font manquer l'adhésion ; aussi quelques chirurgiens ont-ils conseillé de placer de haut en bas sur la muqueuse rectale quelques points séparés, ou même de pratiquer une suture en surjet. Mais la muqueuse intestinale supporte mal la constriction et le contact des corps étrangers ; puis, l'ablation des sutures rectales, peu facile à cause de l'étroitesse de l'anus, pourrait compromettre le succès d'une adhésion encore faible, de sorte qu'il m'a paru préférable de remplir la même indication en évitant les inconvénients de la suture rectale directe. Je crois y être parvenu en faisant de la suture enchevillée une suture périnéo-rectale, et voici comment :

Pour placer le fil périnéal le plus antérieur, je plongeai l'aiguille à 15 millimètres du bord gauche de la plaie, à quelques millimètres en arrière de la surface vaginale du futur périnée ; je la dirigeai de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière, et fis sortir sa pointe tout proche de la muqueuse rectale, c'est-à-dire dans le liséré que j'avais ménagé le long de cette muqueuse en faisant l'avivement.

En traversant symétriquement et en sens inverse les parties molles de la lèvre droite de la plaie, je complétais cette première anse, dont le sommet se trouvait à 5 ou 6 millimètres seulement de l'angle supérieur de la déchirure ; la seconde suture, qui occupait la partie moyenne du périnée, fut placée de la même manière ; mais elle avait moins d'étendue verticale, car le sommet de son anse traversait le liséré rectal à 1 centimètre environ au-dessous du premier point.

Enfin, le troisième point, très-rapproché de l'anus, embrassait encore une moindre hauteur des parties molles, tout en parcourant un trajet analogue. Ces trois sutures échelonnées remplissaient parfaitement le but ; elles rapprochaient fortement vers la ligne médiane les parties profondes du périnée, et, sans intéresser directement la muqueuse rectale, affrontaient cependant fort exactement ces deux lèvres, comme je pus m'en assurer en portant doucement mon doigt dans le rectum, examen qui me démontra du même coup que les anses des sutures ne se sentaient aucunement dans l'intestin. L'ablation des fils ainsi placés ne présente ni difficultés ni danger pour la réunion effectuée.

Lorsque les cinq points vaginaux et les trois points du périnée furent en place, je substituai des fils métalliques d'un quart de millimètre aux fils de soie préalablement introduits. Puis, après avoir lavé la plaie à l'eau froide, je procédai à la réunion. Je serrai d'abord les fils vaginaux en les tordant à la manière de M. Sims, et, après avoir serré fortement sur les trois fils inférieurs, j'affrontai du même coup la muqueuse du périnée et la muqueuse rectale. La première série de sutures avait reconstruit l'orifice vulvaire, la seconde referma un orifice anal très-régulier. Les fils du périnée étaient simples : pour les fixer sur les chevilles, j'enfilai chacun des six chefs métalliques dans une petite aiguille à suture courte et forte avec laquelle je traversai de part en part les chevilles qui étaient deux bouts d'une sonde ordinaire de gomme de

4 millimètres de diamètre. Après quoi chaque chef fut assujéti à l'aide d'un coulant de plomb comprimé avec une forte pince.

Comme cela s'observe habituellement avec la suture enchevillée, les parties profondes étaient très-bien adossées, mais, entre les chevilles, les parties molles formaient un bourrelet saillant d'avant en arrière avec un hiatus médian répondant à la peau. Pour réunir celle-ci, je plaçai très-superficiellement deux points de suture entrecoupée avec des fils de soie très-fins.

Tout étant terminé, une injection froide abondante fut poussée dans le rectum et le vagin, les parties furent lavées, essuyées, et la malade reportée dans son lit.

L'opération proprement dite avait duré plus d'une heure, mais la réunion, de quelque côté qu'on l'examinât, ne laissait rien à désirer; la région avait repris sa configuration normale de la façon la plus complète; l'urine fut évacuée au moyen du cathéter, et bientôt après l'opérée prit une tasse de bouillon et s'endormit quelques moments.

Ce qui distingue surtout l'opération pratiquée par Verneuil, c'est l'absence d'incisions libératrices, telles que les incisions de Dieffenbach, de Baker Brown et autres.

Voici comment il s'explique à ce sujet :

A quoi peuvent répondre les incisions latérales de Dieffenbach? A faire cesser une tension notable des parties réunies et à remédier par la migration des parties voisines à une perte de substance produite par la lésion primitive. Or, ici, après la réunion, le rapprochement s'était fait sans difficulté, et l'affrontement était aussi exact que possible. Dès lors, il était tout à fait contre-indiqué de faire au périnée deux entailles profondes, douloureuses à pratiquer, longues à cicatriser, et laissant la porte ouverte à tous les accidents des plaies.

J'en dirai autant de l'incision du sphincter. La réunion effectuée, j'introduisis mon doigt dans l'anus : cet orifice avait conservé des dimensions suffisantes. Il était partout souple et extensible. Je supposai donc qu'à l'époque de la première défécation il céderait facilement et n'opposerait à l'issue des matières qu'une résistance modérée. D'ailleurs, je comptais reculer le plus possible la première garde-robe, et j'avais l'espoir qu'à cette époque la cicatrice serait assez solide pour soutenir l'effort, surtout si l'on prenait toutes les précautions nécessaires pour l'amoindrir. Je ferai d'ailleurs remarquer que, d'après la manière dont j'ai fait l'avivement, je n'avais point diminué la dimension de l'anus, et que, de plus, en ne comprenant dans les sutures ni la muqueuse rectale, ni la tunique musculaire de l'intestin, ni le sphincter, j'évitais, presque à coup sûr, les causes d'irritations qui provoquent les contractions et le ténésme et prédisposent à la section prématurée des lèvres réunies.

En résumé, j'étais guidé par cette idée générale que les procédés autoplastiques sont essentiellement destinés à remédier aux lésions accompagnées de pertes de substance; mais que, lorsque cette particularité manque, il faut se contenter des réunions simples ou *haphies*, en exécutant celles-ci avec toutes

les précautions nécessaires et en utilisant toutes les nouvelles conquêtes de la médecine opératoire. C'est par cette raison que dans les petites fistules péniennes, dans les fistules vésico-vaginales, dans la restauration des lèvres, etc., je m'abstiens des décollements et des incisions à distance; mais, en revanche, je multiplie les points de suture, j'emploie les fils métalliques, j'affronte de larges surfaces avec l'avivement oblique, etc.

Quant au traitement consécutif, les chirurgiens sont divisés sur un point important : les uns veulent qu'on entretienne soigneusement la liberté du ventre, et qu'on maintienne toujours les selles liquides par des laxatifs et des lavements. Les autres, au contraire, recherchent la constipation artificielle prolongée le plus possible, afin d'obtenir l'immobilité complète de la région opérée jusqu'à ce que la réunion soit solide.

J'ai adopté cette nouvelle manière de faire, qui exige, à la vérité, de grandes précautions lorsqu'arrive la première défécation. La constipation s'obtient par l'usage de l'opium. Je fis prendre tous les jours 10 centigrammes d'extrait thébaïque, ce qui réussit d'autant mieux que madame S.... était accoutumée à n'aller à la garde-robe que tous les quatre ou cinq jours.

Un autre point du régime offre une grande importance, je veux parler de l'alimentation. Les chirurgiens français sont dans l'habitude de soumettre à la diète, ou du moins à un régime très-réduit, les femmes qui subissent des opérations de ce genre; ils recherchent, si je puis ainsi m'exprimer, la constipation par défaut de matières fécales. Je suis d'un avis tout à fait opposé, et je partage complètement à cet égard l'opinion de M. Baker Brown; je donne aux opérées des aliments substantiels, très-nourrissants, laissant, à la vérité, peu de résidus : bouillon concentré, viandes rôties, œufs, vin de Bordeaux, boissons glacées pour étancher la soif, le tout généreusement accordé, en satisfaisant l'appétit de la malade. J'ai remarqué qu'une telle alimentation s'accorde fort bien avec l'usage des opiacés, et je pense même qu'elle corrige efficacement l'action souvent nuisible que les narcotiques exercent en cas d'abstinence; il est inutile d'ajouter que la diète prolongée, imposée à une malade que l'opération surprend en bonne santé, provoque des accidents généraux bien connus, lesquels nuisent singulièrement au travail si nécessaire de la réunion immédiate.

Telles furent les deux bases adoptées dans le traitement consécutif de madame S.... : décubitus dorsal; les cuisses rapprochées, maintenues autant que possible; compresses d'eau fraîche souvent renouvelées; injections froides vaginales et périnéales ou la décoction de camomille; cathétérisme répété toutes les trois heures, tels furent les moyens employés. Il y eut apyrexie complète, soif modérée, appétit régulier, sommeil suffisant.

Dans la nuit du quatrième au cinquième jour, la malade se plaignit toutefois d'une douleur assez vive au périnée. En examinant la région le lendemain, on constata que le fil médian du périnée exerçait une constriction trop forte, et qu'à son niveau la sonde de gomme servant de cheville pressait sur la peau assez fortement pour l'avoir ulcérée superficiellement du côté gauche et y avoir creusé un sillon; on coupa les grains de plomb qui fixaient les chefs du fil, et aussitôt la douleur cessa. Cet accident n'eut pas de suite.

Le huitième jour, j'enlevai les sutures. La réunion du côté du vagin était aussi complète que possible; les fils n'avaient rien coupé; ils étaient aussi