

l'axe de l'instrument; avantage qu'il n'aurait point trouvé dans le porte-aiguille ordinaire. Il pratiqua la suture en commençant par la partie supérieure de la plaie, et il fit six points complets, c'est-à-dire que chaque bord de la solution de continuité fut perforé six fois. Il fixa au bout du fil un petit rouleau de linge enduit d'emplâtre de Nuremberg, afin de tenir lieu de nœuds sur la première perforation; tandis que sur la dernière, le fil double ciré fut ouvert en deux et lié sur un pareil rouleau, auprès du sphincter de l'anus.

L'opération terminée, il introduisit dans le vagin un linge couvert de baume du Pérou, et dans l'anus une canule de plomb un peu aplatie, courbée selon la concavité de l'os sacrum, évasée par le haut, et assez longue pour que l'extrémité supérieure portât au delà du plus élevé des points de la suture. La malade fut mise à une diète sévère pour favoriser la constipation. Le onzième jour, il survint de si pressantes épreintes que l'on n'eut que le temps de tirer la canule: la malade rendit, avec de vives douleurs et avec effusion de sang, des *crotins* qui déchirèrent trois points inférieurs, de manière que les excréments passèrent presque tous par le vagin.

Saucerotte fut découragé par cet accident; cependant quelques jours après, en examinant l'état des parties, il vit que la plaie n'avait à peu près que la moitié de la grandeur qu'elle présentait auparavant, et que sa figure, au lieu d'être longitudinale, était triangulaire, ayant sa base vers le sphincter. La malade, pourvue de beaucoup de courage et d'envie de guérir, se soumit à une nouvelle opération, qui fut faite environ un mois après la première; mais dans cette seconde opération, il coupa le sphincter qui avait ajouté aux difficultés de la première, et qui avait contribué à empêcher le succès par la résistance qu'il opposait à la sortie des matières fécales. Il supprima la canule qui avait fort incommodé, et dont la présence avait sans doute causé une rétention d'urine, qui avait rendu plusieurs fois le cathétérisme nécessaire. Enfin, au lieu de provoquer la constipation, il entretint la liberté du ventre par quelques verres d'eau de tamarin, et il permit une nourriture peu abondante, en même temps relâchante et rafraichissante. Cette seconde opération eut un succès complet. Trois mois après cette opération, la femme était maîtresse, malgré la section du sphincter de l'anus, de retenir ou d'évacuer à volonté les excréments durcis et même ceux qui étaient liquides. La partie inférieure du vagin présentait plusieurs fronces et plusieurs petites bosselures

qui en rétrécissaient l'entrée. A l'endroit de la section du sphincter, il y avait à l'extérieur une espèce de petite gouttière, où les matières stercorales solides ne séjournaient pas lorsque cette femme allait à la selle, mais où celles qui étaient liquides s'arrêtaient, ce qui la mettait dans le cas d'essuyer cette partie avec un linge doux ou avec une éponge mouillée: léger inconvénient en comparaison de la sale incommodité à laquelle elle était sujette auparavant.

La femme opérée par M. Noël avait eu le périnée, l'anus et la cloison recto-vaginale déchirés dans son premier accouchement, qui, au bout de trois jours des douleurs les plus aiguës, avait été terminé par le forceps. Depuis cet accident, elle avait mis au monde sept enfants, par les seuls efforts de la nature et sans beaucoup de difficulté. Elle ne pouvait presque jamais retenir ses excréments et elle était en conséquence constamment obligée de porter des garnitures très-génantes pour éviter la malpropreté la plus dégoûtante. En examinant cette femme, M. Noël reconnut que le périnée était entièrement déchiré, et que la cloison recto-vaginale était divisée dans l'étendue au moins d'un pouce et demi extérieurement; il n'existait plus d'orifice du vagin ni du rectum: pour apercevoir ces deux conduits, il fallait beaucoup écarter les cuisses.

La malade étant préparée à l'opération par une diète sévère, par l'usage d'une boisson légèrement émétisée, et par deux lavements, dont l'un fut pris le soir et l'autre à la pointe du jour, M. Noël y procéda de la manière suivante. Il aviva à droite et à gauche, avec des ciseaux, tout ce qui précédemment formait le périnée; il étendit profondément cet avivement jusqu'à la cloison recto-vaginale, à laquelle il donna aussi plusieurs petits coups de ciseaux, afin de l'entamer. Pour la réunion, il se servit de la suture entortillée. Il enfonça une épingle de laiton, fine et longue de deux pouces et demi, profondément dans la lèvre gauche, près de ce qui allait former l'orifice du rectum; avec le doigt indicateur de la main gauche, il conduisit la pointe de gauche à droite pour la faire pénétrer dans la lèvre droite et ressortir parallèlement à la tête, qui se trouvait à gauche: cela fait, il prit une seconde épingle et répéta ce qu'il venait de faire avec la première, mais à un pouce plus haut. Il entortilla avec un cordon de fil ciré les têtes et les pointes des épingles. Après quoi, il introduisit le doigt indicateur de la main droite dans le rectum, celui de la main gauche dans le vagin; il les rapprocha l'un de l'autre vers la cloison,

et il reconnut que les bords de la division étaient en contact, quoique les épingle n'eussent pas été portées jusque là. Les cuisses furent rapprochées l'une de l'autre et maintenues dans cette position par une ligature. Il permit à la malade de se coucher sur l'un et l'autre côté; mais il lui recommanda de se mettre toujours sur le dos chaque fois qu'elle aurait besoin d'aller à la garde-robe, afin que les matières fécales pussent glisser sur la partie postérieure du rectum. Il entre tint la plus grande liberté du ventre par des bouillons aux herbes émétisés de fois à autre, et qui faisaient presque toute sa nourriture. Le sixième jour, il ôta l'épingle du côté du vagin; les matières fécales passaient entièrement par le rectum. Le huitième, la malade fut mise dans un fauteuil. Le dixième, elle fut obligée de partir: tout était alors dans le meilleur état. Malgré cela, M. Noël ne retira pas l'épingle qui était près du rectum, parce qu'il craignait que la malade quittant le régime laxatif, une constipation de quelques jours n'occasionnât le décollement d'une cicatrice encore trop récente pour résister à une défécation forcée. Environ quinze jours après l'arrivée de cette femme chez elle, son mari écrivit à M. Noël que l'épingle était tombée, et qu'aucune partie de la cicatrice ne paraissait disposée à se démentir.

Malgré les résultats heureux obtenus par Saucerotte et M. Noël, on ne peut pas se dissimuler que l'opération dont il s'agit est une de celles qui offrent le moins de chances de succès. Cependant comme elle n'est point dangereuse, que l'infirmité pour laquelle on la pratique est ce qu'il y a de plus dégoûtant et de plus triste, et qu'en supposant qu'on ne réussisse pas, l'état de la malade ne sera point aggravé, nous pensons qu'on ne peut pas se dispenser de la pratiquer lorsqu'elle est réclamée avec instance par les malades. A l'égard du procédé opératoire, on ne peut pas le décrire en général, parce que, devant être subordonné aux circonstances très-variables de la maladie, c'est au génie du chirurgien à déterminer celui qui convient à chaque cas particulier.

La communication du rectum avec le vagin, à la suite d'un accouchement difficile, n'est pas toujours l'effet du déchirement de la cloison recto-vaginale; elle résulte quelquefois de la gangrène de cette cloison, produite par la compression de la tête de l'enfant lorsqu'elle reste longtemps arrêtée dans l'excavation du bassin. Ruysch (obs. 59) parle d'une femme qui, à la suite d'un accouchement laborieux, eut la cloison recto-vaginale gangrenée dans une si grande étendue, que lorsque

l'eschare fut tombée, il y avait à cette cloison une ouverture qui aurait pu admettre une noix entourée de son écorce verte, et par laquelle les matières fécales passaient du rectum dans le vagin. Un chirurgien, qui voyait cette malade avec Ruysch, plaça dans le vagin un pessaire en forme de canal, dont la surface externe était enduite d'un médicament narcotique; mais la malade ne put le supporter. On se borna donc à appliquer sur l'ouverture des plumasseaux couverts du même médicament. Cette ouverture diminua d'étendue par degrés, et en peu de temps elle fut entièrement fermée. Il est évident que les plumasseaux et les onguents incarnatifs dont ils étaient enduits n'ont contribué en rien à la guérison de cette femme, et que cette guérison doit être attribuée aux efforts de la nature.

L'accident dont nous venons de parler est beaucoup moins fréquent à la suite des accouchements laborieux, que la gangrène de la paroi antérieure du vagin et de la partie correspondante du bas-fond de la vessie ou de l'urèthre, à la suite de laquelle il reste une fistule urinaire vésico-vaginale. Nous parlerons de cette espèce de fistule en traitant des maladies des voies urinaires (α).

(α) — Depuis l'époque de la publication de l'ouvrage de Boyer, la rupture du vagin et du périnée a fixé l'attention des praticiens, et des opérations ont été souvent faites avec succès pour remédier à cette maladie dont les suites sont si dégoûtantes. Comme la rupture du vagin n'est pas une conséquence nécessaire de la rupture ou déchirure du périnée, je me servirai de la dénomination de *déchirure du périnée*, dans la description de la maladie qui va nous occuper, et je ne considérerai la rupture du vagin que comme une complication.

La déchirure du périnée peut être incomplète, complète ou centrale. La déchirure incomplète est celle dans laquelle la fourchette et une partie plus ou moins étendue du périnée présentent, soit sur le milieu, soit sur les parties latérales, une déchirure qui n'en comprend pas toute la hauteur. La déchirure complète est celle dans laquelle tout le périnée est déchiré, avec ou sans complication de la déchirure du sphincter anal, mais toujours avec une déchirure d'une

partie plus ou moins grande de la cloison recto-vaginale. La déchirure centrale est celle dans laquelle le périnée est déchiré, sans que la fourchette ni le sphincter anal participent à la déchirure; quelquefois la cloison recto-vaginale est rompue.

Les effets et le traitement de ces diverses espèces de déchirures sont trop différents pour que je puisse m'occuper des trois espèces en même temps; je vais donc les étudier successivement.

1° *Déchirures incomplètes.* Les déchirures incomplètes présentent un grand nombre de variétés. Je ne comprends pas sous ce nom la déchirure, ou plutôt l'affaissement ou la distension de la fourchette ou commissure postérieure qu'on observe chez presque toutes les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants et de laquelle il résulte que la partie postérieure de l'orifice vulvaire présente une espèce de gouttière, et que le périnée n'a presque plus de longueur. Cette disposition des parties est tellement fréquente, qu'on pourrait presque la regarder comme un état normal après le premier accouchement; de même qu'après lui l'affaiblissement du ressort de l'anneau vulvaire est un état normal. Cet affaissement de la fourchette dépend probablement de la direction de la vulve, de la direction verticale de son axe; car on le voit quelquefois chez les femmes qui, sans avoir eu d'enfants, ont abusé du coït, et il est presque aussi prononcé qu'après l'accouchement. J'insiste sur cette disposition des parties, parce que je crois qu'elle n'a aucune ressemblance avec la déchirure incomplète du périnée et qu'elle n'en est pas une, puisqu'on la voit chez des femmes qui jamais n'ont éprouvé après leurs couches la douleur que produit la vraie déchirure du périnée.

La déchirure incomplète du périnée consiste dans une rupture des parties qui forment la partie postérieure de la vulve. Elle peut avoir son siège sur la ligne médiane ou sur les parties latérales et aux extrémités du croissant formé par la fourchette, mais pas plus haut. La déchirure incomplète médiane ne s'étend pas jusqu'au sphincter anal; elle comprend toute l'épaisseur du périnée. La déchirure incomplète latérale comprend aussi toute la hauteur et toute l'épaisseur de la fourchette ou commissure postérieure dans le point où elle a lieu, et elle est probablement arrêtée par les fibres du muscle constricteur de la vulve: sa direction est toujours oblique de dedans en dehors. Son étendue peut être fixée à un centimètre ou un centimètre et

demi, tandis qu'on ne peut aucunement fixer l'étendue de la déchirure médiane, parce qu'elle est relative à la grandeur de la fourchette et du périnée.

Cette déchirure a lieu ordinairement au moment du passage de la tête; cependant elle peut se faire aussi au moment du passage des épaules. J'ai observé plusieurs fois que la tête était passée sans qu'une déchirure eût lieu, et qu'après le passage des épaules j'en trouvais une. Toujours, dans ces cas, la déchirure était latérale et incomplète.

Les déchirures incomplètes du périnée se présentent sous la forme d'une fente située sur la ligne médiane ou sur les parties latérales. Les lèvres de cette fente, saignantes dans le premier moment, cessent bientôt de l'être, et ne montrent plus qu'une double plaie récente qui se couvre promptement d'une cicatrice. Pendant les premiers jours, l'existence de cette plaie est la cause de douleurs, produites par le gonflement inflammatoire qui est survenu; mais le troisième ou quatrième jour, toute la douleur est dissipée tant que la malade reste tranquille: elle ne se renouvelle que dans les mouvements, surtout dans ceux qui nécessitent l'écartement des cuisses.

Abandonnées à elles-mêmes ces déchirures se guérissent par la cicatrisation isolée des deux lèvres de la plaie. Quelquefois cependant ces deux lèvres se réunissent soit en totalité, soit surtout en partie; c'est quand les accouchées, tant à cause des douleurs qu'elles éprouvent à la vulve qu'à cause des accidents légers qui peuvent accompagner l'accouchement, sont obligées de garder longtemps le lit, les cuisses rapprochées et fixées l'une contre l'autre.

On pense généralement que ces déchirures ont lieu parce que le périnée, n'ayant pas été suffisamment soutenu, a subi une trop forte distension; je ferai remarquer que ce n'est pas en empêchant la distension du périnée qu'on prévient la déchirure, mais bien en empêchant la tête de sortir avant que la vulve soit suffisamment dilatée: de sorte qu'en soutenant le périnée on doit avoir pour but principal d'empêcher la sortie trop prompte de la tête. Ce que je dis pour cette partie s'applique aussi aux épaules. La disposition anatomique du périnée, que j'indiquerai plus bas en parlant des déchirures complètes, doit contribuer aussi à la formation des déchirures incomplètes.

Les effets des déchirures incomplètes du périnée, soit médianes,

soit latérales, sont peu graves. La déchirure de la fourchette n'a aucun inconvénient; j'en donnerai pour preuves sa fréquence et l'absence d'accidents. Peut-on la regarder comme cause des chutes de matrice chez beaucoup de femmes? Je ne le pense pas. Je crois qu'on pourrait plutôt attribuer cette infirmité au peu de longueur du périnée coexistant avec la largeur du bassin et le relâchement des ligaments de l'utérus. Or, comme dans le cas où le périnée a peu de longueur, la fourchette s'affaisse facilement dans l'accouchement et même s'efface complètement, on a pu penser que c'était l'affaissement ou la déchirure qui permettait la chute de la matrice. La déchirure médiane incomplète s'étendant jusqu'au sphincter anal a réellement des inconvénients, parce que détruisant presque tout le périnée et ne laissant entre l'anus et la vulve qu'un très-petit espace, elle donne au vagin la forme d'un cône dont la base est en bas, et il résulte de cette disposition une très-grande facilité à l'abaissement de l'utérus et à sa chute. La déchirure latérale n'a aucun inconvénient, parce qu'elle est toujours très-petite et parce que la fourchette ne contribue pas latéralement à former le périnée.

Ces déchirures n'exposent nullement aux incommodités dégoûtantes qui accompagnent les déchirures complètes. Le peu de longueur du périnée, qui quelquefois n'offre pas beaucoup plus d'épaisseur que celle de la cloison recto-vaginale, suffit toujours pour séparer le vagin et l'anus.

Il résulte de ce que je viens de dire sur les déchirures incomplètes du périnée, qu'elles ne sont pas une maladie grave et qu'on peut sans inconvénient les abandonner à elles-mêmes; cependant il vaut mieux encore les traiter et tâcher de les guérir. Deux ordres de moyens se présentent pour cela, la cautérisation et la suture.

La cautérisation ne convient que dans les déchirures récentes, soit médianes, soit latérales. On la fait avec le nitrate d'argent, et on aide son action par la position, les soins de propreté, le cathétérisme et les laxatifs. Je n'ai pas besoin de dire ici le mode d'action de la cautérisation; il suffira de rappeler qu'en favorisant la formation du tissu de cicatrice, elle rapproche les deux lèvres de la solution de continuité. La position, en maintenant les lèvres de la plaie en contact, contribue à leur réunion. La malade doit être couchée sur le dos, les cuisses à demi fléchies, soutenues par un oreiller et maintenues rapprochées par un lien. On peut aussi faire coucher la malade

sur le côté en tenant les cuisses rapprochées. Les soins de propreté sont nécessaires à cause des lochies, dont l'écoulement entretient continuellement les parties dans un état d'humidité qui peut nuire à la réunion. Le cathétérisme a pour but d'empêcher l'écartement des cuisses pour satisfaire au besoin d'uriner, et les laxatifs servent à prévenir les efforts que pourrait faire la femme en allant à la selle, et par conséquent à prévenir la distension des parties.

La cautérisation peut être aussi mise en usage dans les cas où les deux lèvres de la plaie se sont cicatrisées isolément; mais alors le nitrate d'argent n'est pas suffisant, il faut avoir recours à des caustiques plus actifs. Le cautère actuel est préférable aux autres moyens de cautérisation; il produit une eschare qui en suppurant longtemps favorise la formation d'un tissu de cicatrice plus résistant.

La suture peut être mise en usage pour les déchirures récentes et pour les déchirures anciennes. Dans le premier cas, il suffit de réunir les lèvres de la solution de continuité; dans le deuxième, il faut les aviver d'abord, puis les réunir. Ici se présentent deux questions: l'une sur l'opportunité et l'inopportunité de la suture immédiatement après l'accouchement; l'autre sur le choix de la suture. Ces deux questions devant se représenter à propos du traitement des déchirures complètes du périnée, je m'en occuperai en parlant de ce traitement.

2^o *Déchirures complètes.* La déchirure complète du périnée consiste dans la rupture de tout le périnée jusqu'à l'anus, avec ou sans déchirure du sphincter anal et de la cloison recto-vaginale. Nous devons en admettre trois variétés. Dans la première, il y a déchirure de tout le périnée, y compris le sphincter anal et la partie antérieure de l'anus; dans la seconde, à cette déchirure se joint celle d'une étendue plus ou moins grande de la cloison recto-vaginale; dans la troisième, il y a déchirure de tout le périnée et d'une partie plus ou moins grande de la cloison recto-vaginale, sans déchirure du sphincter anal. Je vais étudier ensemble ces trois espèces de déchirures.

Deux causes peuvent donner lieu à cette déchirure, une cause prédisposante et une cause traumatique. La cause prédisposante est la disposition anatomique du périnée dépendante de la différence des axes du vagin et de la vulve; la cause traumatique est l'application du forceps. Le mode de production de la déchirure étant différent

d'après l'action de chacune de ces causes, nous devons les examiner successivement.

La disposition anatomique du périnée dépendante de la différence des axes du vagin et de la vulve n'est pas généralement connue, ou au moins n'est pas bien expliquée par les pathologistes qui l'ont connue; elle mérite cependant une grande attention pour l'exposé du mécanisme des diverses phases de l'accouchement, et pour l'exposé de celui des déchirures complètes et des déchirures centrales du périnée; je ne m'occuperai pas de l'accouchement, et ce que je vais dire ici sur les causes des premières déchirures s'applique entièrement aux causes des secondes. M. le professeur Moreau, qui s'est occupé des causes des déchirures centrales du périnée dans un mémoire qu'il a publié en l'année 1830, pense que la saillie de l'angle sacro-vertébral, la longueur trop considérable de la symphyse pubienne ou son resserrement, et la hauteur trop grande du périnée, peuvent être la cause de la déchirure centrale. On voit bien que M. Moreau a comparé l'axe du bassin à la hauteur du périnée; mais il ne parle nullement de la différence de direction des axes du vagin et de la vulve, qui doivent résulter des dispositions qu'il indique. Dupuytren, dans ses *Leçons orales*, dit que les personnes qui s'occupent spécialement d'anatomie, de l'art des accouchements, ou des affections des organes génito-urinaires, auront souvent rencontré l'orifice vulvaire ou externe du vagin placé haut vers les pubis, tandis que le périnée offre d'avant en arrière une grande étendue ou une hauteur considérable si la femme est couchée horizontalement. Il ajoute que dans ces cas, la vulve paraît très-étroite et l'est réellement; que cette étroitesse provient d'une espèce de prolongement du périnée qui ferme inférieurement un quart, un tiers et quelquefois même une moitié de l'orifice vulvaire; mais que le vagin a la grandeur normale, et que chez ces femmes on est obligé, pour explorer les organes intérieurs, de porter le doigt ou le speculum suivant une ligne plus ou moins oblique d'avant en arrière. Certainement Dupuytren avait bien connu la disposition dont je parle; mais, moins avancé que M. Moreau sur les causes de cette disposition, il n'avait songé qu'au périnée, tandis que M. Moreau avait vu que le périnée et le bassin contribuaient l'un ou l'autre à cette conformation des organes génitaux.

Ces observations anatomo-pathologiques de M. Moreau et de Dupuytren étaient restées inaperçues, et moi-même je ne les avais pas remarquées, lorsqu'ayant eu à passer au speculum un grand nombre de femmes, pendant les années 1831, 1832 et 1833, j'observai que j'éprouvais des difficultés plus ou moins grandes pour l'introduction du speculum, et que ces difficultés venaient de ce que souvent j'étais obligé, pour pénétrer dans le vagin, de changer la direction que j'avais donnée à l'instrument pour entrer dans la vulve. Je cherchai alors quelle pouvait être la cause de ces difficultés, et je vis qu'elle résidait dans la différence de direction qui existe entre l'axe du vagin et celui de la vulve, deux parties indépendantes l'une de l'autre. En effet, la vulve n'est pas l'orifice inférieur du vagin; elle est une ouverture qui conduit au vagin, mais l'orifice inférieur de celui-ci est situé plus haut qu'elle; cet orifice est là où se trouve la membrane hymen chez les vierges et où sont les caroncules myrtiformes chez les femmes déflorées. Il en résulte qu'il faut bien distinguer le vagin et la vulve en anatomie appliquée à la chirurgie, parce que ces deux parties peuvent avoir une direction tout à fait différente, et que la connaissance de cette différence sert à conduire le chirurgien dans l'art des accouchements et dans les opérations qu'il a à pratiquer sur les organes génitaux.

Le vagin, fixé en avant à la vessie et à son canal excréteur, et en arrière à l'extrémité inférieure du gros intestin, suit nécessairement la direction de ces organes. Or, comme leur direction est subordonnée à celle du sacrum et du pubis, il en résulte qu'elle doit varier en raison de la saillie de l'angle sacro-vertébral. Si cet angle est très-saillant, l'axe du bassin et celui du vagin seront obliques de haut en bas et d'avant en arrière. A mesure que cet angle perdra de sa saillie, l'axe du bassin et du vagin perdront de leur obliquité; ils se rapprocheront de la direction perpendiculaire, direction qu'ils pourront avoir; et même si l'angle sacro-vertébral est à peine saillant, comme on l'observe quelquefois, l'axe du vagin pourra être un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant. On voit d'après cela que je ne partage pas l'opinion générale, qui dit que le vagin est constamment oblique d'arrière en avant et de haut en bas, et qu'il suit la direction du détroit inférieur du bassin, tandis que l'utérus suit la direction du détroit supérieur, et qu'il forme par conséquent avec le vagin un angle obtus en avant. Suivant moi, le vagin suit la direction de l'axe du bas-

sin, maintenu dans cette direction, comme je l'ai dit tout à l'heure, par la vessie, l'urèthre et le rectum. Cette disposition n'est pas facile à voir sur le cadavre, parce que la laxité des parties ne permet pas de suivre exactement la direction de l'axe du vagin; mais sur le vivant lorsqu'on examine au speculum un grand nombre de femmes toujours mises dans la même position, on reconnaît aisément ce que je dis.

Je viens de faire observer que l'orifice inférieur du vagin était bien différent de la vulve, je devrais peut-être dire de l'orifice vulvaire, car on comprend sous le nom de vulve d'autres parties que celles qui forment seulement l'orifice. Cet orifice pourrait presque être défini une échancrure en forme de croissant située au devant ou plutôt dans la partie antérieure du périnée. En effet, cet orifice n'est pas une ouverture ronde; il ne présente de bord qu'à sa partie postérieure, et ce bord est désigné sous le nom de fourchette ou de commissure postérieure des grandes lèvres. Au-dessus de ce bord, et couvert par lui, se trouve l'orifice inférieur du vagin, et ce bord et cet orifice sont séparés par un espace nommé fosse naviculaire, disposition de parties qui prouve bien que l'orifice du vagin n'est pas l'orifice vulvaire.

Voyons maintenant en quoi consiste le périnée, et quels sont ses rapports avec l'orifice vaginal et l'orifice vulvaire. On dit généralement que le périnée s'étend de l'anus à la fourchette, et qu'il a une longueur variable. Cette longueur ne peut pas, en effet, être toujours la même, et ses différences sont relatives à la grandeur des individus, et à cette disposition spéciale particulière à chaque individu, qui est pour chacun son état normal, et qui le différencie de tout autre individu semblable. Or, ces distinctions individuelles nous importent peu, parce que nous retrouvons chez toutes les femmes une disposition du périnée qui subsiste tant qu'il n'y a pas eu de lésion qui ait déformé les parties. Cette disposition normale nous permet de diviser le périnée en trois portions: une postérieure, une moyenne et une antérieure. La postérieure est formée par la partie antérieure du muscle sphincter anal superficiel, et correspond à l'espace qui se trouve entre l'anus et le niveau de la paroi postérieure du vagin. La moyenne est formée par la fourchette proprement dite, c'est-à-dire par un repli de peau muqueuse qui présente deux prolongements latéraux ou cornes du croissant qu'il forme, et qui correspond à l'orifice vaginal inférieur qu'il ferme. L'antérieure, formée par l'échancrure,

correspond à la paroi antérieure du vagin, à l'urèthre et à l'espace qui le sépare du clitoris. Cette disposition, très-marquée chez les vierges et chez les femmes qui n'ont pas abusé du coït, disparaît ordinairement après l'accouchement et chez les femmes qui se sont livrées immodérément au coït; mais souvent aussi elle persiste, et on la retrouve très-prononcée encore chez quelques femmes qui ont eu plusieurs enfants. Cette persistance dépend sans doute du rapport des axes du vagin et de la vulve. Il résulte de ce que je viens de dire que le périnée proprement dit, chez la femme, est composé de deux portions: une fixe et n'ayant aucun rapport avec le vagin, c'est la partie qui se trouve entre l'anus et la paroi postérieure du vagin, c'est elle qui est recouverte par le sphincter anal; une partie libre par ses deux faces et mobile, n'ayant que des rapports avec l'ouverture du vagin, c'est la commissure postérieure des grandes lèvres. Nous verrons plus bas que ces rapports sont réels, et que cette commissure ferme réellement l'orifice inférieur du vagin.

Cette disposition anatomique, très-importante à connaître, explique bien les rapports de position du vagin et du périnée; mais elle n'explique nullement la différence des axes du vagin et de l'orifice vulvaire. Pour avoir cette explication, il faut connaître la direction du périnée. Or, le périnée est horizontal; il en résulte donc que la vulve est horizontale, et que par conséquent son axe, qui est vertical, n'est pas dans la direction de celui du vagin, puisque ce conduit est le plus souvent oblique: il faut donc, pour que les deux axes soient dans la même direction, que le vagin se rapproche le plus de la perpendiculaire, ou lui soit parallèle; or, c'est ce qui n'a lieu que lorsque l'angle sacro-vertébral est peu prononcé.

Une autre raison anatomique vient encore nous expliquer le changement de situation de ces axes sans changement dans leur direction. La saillie de l'angle sacro-vertébral modifiant la direction du sacrum et des pubis, le premier de ces os entraîne plus ou moins en arrière l'orifice anal, et comme le périnée tient à cet orifice, et est, pour ainsi dire, dépendant de lui, il en résulte que le périnée est placé plus ou moins en arrière ou plus ou moins en avant de l'axe vertical du corps, et que par conséquent l'orifice vulvaire se trouve aussi plus ou moins en avant ou plus ou moins en arrière de cet axe. C'est cette disposition qui fait que l'on peut distinguer trois espèces de vulves: les vulves ou orifices vulvaires en avant, ceux en arrière, et ceux au

milieu. Cette distinction n'est pas insignifiante, parce que, bien connue, elle peut guider l'accoucheur pour la manœuvre à faire pour la sortie de l'enfant, et le chirurgien pour l'inclinaison à donner au speculum. Cette disposition relative à la courbure du sacrum ne change en rien les rapports du périnée et du vagin : toujours la commissure correspond à l'orifice vaginal ; elle modifie seulement l'inclinaison des angles des deux axes de direction.

Il résulte des dispositions anatomiques que je viens d'indiquer : 1° que les axes de direction du vagin et de l'orifice vulvaire ne sont pas les mêmes, et ne sont pas toujours dans le même rapport ; 2° que l'axe de direction du vagin est oblique d'avant en arrière ou d'arrière en avant, ou est perpendiculaire en raison de la saillie de l'angle sacro-vertébral, et de la direction du sacrum et des pubis qui est la conséquence de cette saillie ; 3° que l'axe de l'orifice vulvaire est toujours vertical ; 4° que le périnée est formé de trois portions, dont la moyenne ferme l'orifice du vagin ; 5° que la courbure du sacrum, portant le périnée plus ou moins en avant, donne une position différente à l'orifice vulvaire sans changer en rien la direction des axes. Voyons maintenant quelles sont les conséquences de ces dispositions anatomiques relativement aux déchirures complètes et centrales du périnée.

Lorsque l'enfant parcourt le vagin et la vulve pour sortir du bassin, sa tête et, par suite, le corps sont obligés de décrire la courbe dont le sinus des angles de direction du vagin et de l'orifice vulvaire donne le rayon. Si cet angle est très-aigu par suite de la grande saillie de l'axe sacro-vertébral, et si le périnée est très-porté en avant par suite de la grande concavité du sacrum, la tête, surtout si elle est petite, vient appuyer sur la commissure des grandes lèvres qui ferme l'orifice inférieur du vagin, et elle cherche à la rompre pour se livrer passage. Alors la tête, si elle n'est pas bien dirigée, et même quelquefois quand elle est bien dirigée, rompt le périnée et les parties voisines en laissant la commissure et le sphincter anal intacts. On a même vu des cas où l'obliquité de l'axe du vagin était assez grande pour que la cloison recto-vaginale fût rompue avant le périnée. Lorsque l'angle est moins saillant, ou, lorsqu'étant le même, la tête est bien dirigée, alors la commissure et le périnée sont plus ou moins déchirés avec ou sans rupture de la cloison recto-vaginale et du sphincter anal. Le mécanisme de la lésion est le même dans ce cas.

Il y a une remarque importante à faire : c'est que la déchirure par-

tielle ou complète du périnée peut avoir lieu quand la saillie sacro-vertébrale étant prononcée, l'axe du vagin est oblique d'arrière en avant, et quand la courbure du sacrum est très-grande : c'est qu'alors le périnée est très-porté en avant, et sa partie moyenne, ou commissure, vient fermer l'orifice inférieur du vagin assez pour être un obstacle à la sortie de la tête ; mais, dans ce cas, à cause du plan incliné dépendant du mode de rencontre des deux axes, ni le sphincter anal, ni la cloison recto-vaginale, ne peuvent être rompus.

L'application du speculum chez toutes les femmes fait très-bien connaître ces différences de direction des axes du vagin et de la vulve, non-seulement chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, mais encore chez celles qui en ont eu. Lorsque les deux axes sont presque dans la même direction, le speculum entre directement ; si, au contraire, le vagin est oblique d'avant en arrière et de haut en bas, il faut affaisser fortement la commissure, et diriger ensuite le speculum d'arrière en avant et de bas en haut. Dans les cas où le vagin est oblique d'arrière en avant et de haut en bas, surtout si le sacrum est très-concave et le périnée très-porté en avant, il faut encore abaisser la commissure pour entrer dans l'orifice inférieur du vagin, et porter le speculum d'avant en arrière et de bas en haut.

La cause traumatique est l'application du forceps. D'après les observations données par les pathologistes, les déchirures dues au forceps seraient plus fréquentes que les déchirures dues à la conformation anatomique. Cependant il est impossible de se prononcer sur ce point de pratique, parce qu'en admettant ainsi deux causes de la déchirure complète du périnée, il faut faire la part de chacune, et pour cela nous devons mettre de côté les cas de mauvaise application du forceps ; car alors nous ne pouvons savoir si c'est à la disposition anatomique des parties ou à l'impéritie du chirurgien que doit être rapportée la déchirure. Néanmoins, lorsque nous voyons cette déchirure avoir lieu quand des mains habiles emploient le forceps, nous devons être portés à croire que, dans le plus grand nombre des cas d'application de cet instrument où la déchirure du périnée a eu lieu, il y avait une disposition naturelle des parties qui facilitait sa formation, et nous devons d'autant plus penser ainsi, qu'en général on fait un emploi si fréquent et si intempestif du forceps, que s'il ne fallait pas une disposition spéciale des parties, il y aurait beaucoup plus de déchirures complètes du périnée. Admettant donc la prédisposition qui

résulte de la différence de direction des axes du vagin et du périnée, nous voyons que dans les cas où on n'a pas eu besoin d'appliquer le forceps, tantôt on a eu des déchirures plus ou moins incomplètes, tantôt des déchirures plus ou moins complètes, tantôt des déchirures centrales; tandis que, dans les cas où il a fallu appliquer le forceps, on a eu toujours des déchirures complètes: d'où nous pouvons conclure que l'application du forceps est souvent la cause de déchirures complètes du périnée, lorsqu'il y a prédisposition à ces déchirures; circonstance importante à connaître pour guider le chirurgien dans sa manœuvre opératoire et dans son pronostic vis-à-vis des femmes en couches et de leur famille, afin qu'on ne l'accuse pas d'avoir produit un accident qu'il n'était pas en son pouvoir de prévenir. Néanmoins nous devons bien faire observer que la manière de se servir du forceps contribue beaucoup à favoriser cette déchirure. Si l'on sait bien l'employer, on peut éviter la déchirure, ou au moins la déchirure complète, quand la prédisposition naturelle existe; mais si on ne sait pas bien en faire usage, et surtout si en le tirant on exerce des tractions trop directes et parallèles à l'axe du corps, on déchirera inévitablement le périnée, même quand la prédisposition naturelle n'existe pas: ce qui est facile à comprendre en se rappelant que la fourchette, ou commissure postérieure des grandes lèvres, qui correspond à l'orifice inférieur du vagin, est souvent au devant de cet axe.

Si à la disposition anatomique normale viennent se joindre des causes locales accidentelles, la déchirure complète ou centrale du périnée deviendra plus facile. Ces causes accidentelles sont la sécheresse des parties, la présence de cicatrices à l'orifice vulvaire, son peu d'extensibilité, le peu d'épaisseur du périnée, le volume de la tête de l'enfant, et surtout sa petitesse, qui lui permet, plus que sa grosseur, de se coiffer du périnée. On peut ajouter à ces causes celles qui dépendent de la femme, comme des douleurs instantanées et très-fortes, mais non successives, et celles qui dépendent de l'accoucheur ou de la sage-femme, comme la mauvaise position qu'il fait prendre à la femme, et l'impéritie à savoir diriger en avant la tête de l'enfant. Il est évident pour moi que ces dernières causes accidentelles peuvent avoir une grande influence sur la formation et la non-formation de la déchirure du périnée. En effet, j'ai vu des femmes chez lesquelles les axes du vagin et du périnée étaient très-différents, et chez lesquelles l'accouchement bien dirigé se termina heureusement,

mais qui avaient des déchirures et des eschares de la membrane muqueuse qui tapisse la face interne du périnée. Certes, si, chez ces femmes, l'accoucheur n'avait pas su prévenir la déchirure du périnée, elle aurait existé incomplète ou complète. Souvent de semblables phénomènes passent inaperçus, parce que les femmes ne sont pas examinées; mais ayant eu toujours l'habitude de regarder les organes génitaux quand les accouchées se plaignaient de douleurs, j'ai pu souvent vérifier l'accident que je signale.

On conçoit sans peine, d'après ce que je viens de dire, que la déchirure complète du périnée, quand il y a emploi du forceps, a toujours lieu au moment du passage de la tête de l'enfant. En est-il de même quand on ne fait pas usage de cet instrument? Il est probable que dans ce cas, comme dans le précédent, la déchirure peut avoir lieu au moment du passage de la tête de l'enfant, comme au moment du passage des épaules. N'ayant vu que des déchirures complètes par application du forceps, je ne peux me prononcer sur cette dernière question.

Les déchirures complètes du périnée se présentent sous la forme d'une fente qui comprend toute la longueur et toute l'épaisseur du périnée, à moins que le sphincter anal ne soit pas déchiré, et une partie plus ou moins étendue de la cloison recto-vaginale depuis quelques lignes jusqu'à un pouce et demi, c'est-à-dire depuis un centimètre ou un peu moins jusqu'à quatre centimètres. Une circonstance assez remarquable est la persistance du sphincter anal, malgré la déchirure de la cloison recto-vaginale. Ainsi, nous voyons dans l'observation de Saucerotte, où la déchirure de cette cloison a un pouce et demi de longueur, que le sphincter anal n'est pas rompu. Dans les cas de déchirures moins étendues, cela est facile à comprendre, parce qu'on peut supposer que les fibres musculaires ont supporté une extension beaucoup plus grande que celle que peuvent éprouver les parois du vagin et du rectum; mais cela est moins compréhensible pour les grandes déchirures de la cloison recto-vaginale, à moins d'admettre, dans ces cas qui sont rares, une très-grande différence dans les directions des axes du vagin et de la vulve.

Abandonnées à elles-mêmes, ces déchirures ne se guérissent jamais: les deux lèvres de la plaie se cicatrisent séparément, de sorte qu'il reste une fente dont on ne voit pas tous les désordres quand les cuisses sont rapprochées, mais dont on aperçoit toute l'étendue quand