

elles sont écartées. Si le sphincter anal n'est pas déchiré, on trouve entre la déchirure du périnée et celle de la cloison recto-vaginale un pont qui les sépare; si au contraire le sphincter est déchiré, on voit, au fond de la solution de continuité, un bord flottant qui est celui de la cloison recto-vaginale.

Les effets des déchirures complètes du périnée sont très-graves. Quand tout est déchiré, le vagin et le rectum réunis forment une espèce de cloaque où les matières fécales viennent se réunir aux fluides fournis par le vagin et l'utérus. Quand le sphincter anal persiste, on observe quelques différences dans le passage des matières fécales du rectum dans le vagin, selon la grandeur de la déchirure de la cloison recto-vaginale. Si la déchirure est petite, les humidités stercorales, les gaz et les matières liquides passent seuls dans le vagin; mais si elle est grande, toutes les matières fécales passent comme dans le premier cas. Ces infirmités dégoûtantes existent constamment; mais il en est d'autres qui peuvent s'y joindre et qui dépendent de l'absence de soutien pour les organes contenus dans le bassin. Ainsi, la chute de la matrice, le renversement du vagin et celui de la membrane muqueuse du rectum, se manifestent quelquefois après cet accident; mais je répéterai ici ce que j'ai déjà dit plus haut, c'est que ces accidents ne sont pas dus seulement à l'absence du périnée, mais dépendent aussi d'une disposition individuelle.

Si l'on considère cette affection sous le rapport de son influence sur l'économie animale, elle ne présente aucune gravité, parce qu'elle n'a aucune influence sur la santé: j'ai vu des femmes qui en étaient atteintes et qui étaient très-bien portantes. Considérée sous le rapport des fonctions des organes blessés, elle n'a d'influence que sur la rétention des matières dans la partie inférieure du rectum: si le sphincter anal est conservé, ces matières passent continuellement dans le vagin si elles sont molles ou liquides, et momentanément pendant la défécation si elles sont solides; si au contraire le sphincter anal est détruit, le passage est continu, et leur sortie de l'extrémité inférieure de l'intestin a lieu à chaque instant, c'est-à-dire chaque fois qu'elles arrivent dans l'ampoule anale. Mais cette sortie n'a aucune influence sur la digestion, puisque ce sont les matières à rejeter, les matières inutiles à la nutrition qui se perdent continuellement. Considérée sous le rapport des fonctions de la génération, cette maladie n'a aucun inconvénient; la génération et l'accouchement se font très-bien. Mais

si nous considérons cette infirmité sous le rapport des inconvénients continuels qui résultent du passage des matières, nous voyons qu'elle est désagréable, dégoûtante, et insupportable pour les malades, et qu'en conséquence elle exige un traitement; bien différente en cela de la déchirure incomplète, qui peut à la rigueur se passer de tout traitement.

Un seul mode de traitement est applicable à la déchirure complète du périnée, c'est la suture des lèvres de la division; leur cautérisation serait sans effet. Tous les praticiens sont d'accord sur la nécessité de la suture, ils diffèrent seulement sur l'époque à laquelle on doit la pratiquer. Les uns, fondant leur opinion sur le raisonnement, disent que l'opération a beaucoup moins de chances si on la pratique immédiatement après l'accouchement, parce que la tuméfaction des lèvres de la plaie qui est une conséquence de l'irritation occasionnée par la déchirure, et l'humidité continuelle de ces lèvres par les lochies, seront des obstacles à la cicatrisation; ils disent qu'il est à craindre que cette tuméfaction ne donne lieu à la déchirure des lèvres par les fils, et qu'en supposant que cette déchirure n'ait pas lieu, la suppuration qui naîtra de l'inflammation empêchera la formation de la cicatrice; ils disent encore que l'humidité continue des parties sera un obstacle à la cicatrisation. Certainement ces raisons théoriques sont excellentes; mais l'expérience prouve qu'elles ne sont pas justes, et les chirurgiens qui veulent qu'on pratique de suite l'opération ont raison en fait. On doit donc faire cette opération de suite après l'accouchement, dans le cas de déchirure incomplète comme dans les cas de déchirure complète: les avantages sont incontestables à cette époque; on a une plaie récente sans perte de substance, ce qui est préférable à la plaie récente avec perte de substance que l'on aura plus tard; on profite du temps que la malade est obligée de passer au lit pour ses couches et du traitement général qui est alors nécessaire, tandis que si on attend la cicatrisation des lèvres de la solution de continuité on sera obligé d'avoir recours de nouveau au séjour au lit et au traitement général. La seule objection sérieuse qui puisse être faite à l'opération immédiate est l'existence des lochies; mais elle tombe devant les faits qui démontrent qu'elle n'a pas nui à la cicatrisation.

Cinq espèces de sutures ont été mises en usage pour la suture du périnée ou *périnéoraphie*, savoir: la suture simple, la suture entortillée, la suture du pelletier, la suture enchevillée et la suture à

ances. Tel est l'ordre chronologique de leur emploi, et nous verrons plus loin que parmi ces sutures, quelques-unes ont été pratiquées simultanément, l'une étant destinée à la réunion des parties profondes, et l'autre à la réunion des parties superficielles.

Guillemeau est, je crois, le premier qui ait eu recours à la suture pour la réunion du périnée et de la cloison recto-vaginale déchirés. Nous lisons dans ses œuvres, qu'ayant trouvé, chez une femme enceinte, le périnée et l'anus déchirés par suite d'un accouchement antérieur, il lui conseilla d'attendre six semaines après son deuxième accouchement pour se soumettre à l'opération de la suture du périnée. Lorsque ce temps fut écoulé, il appliqua au milieu de la déchirure un point de suture semblable à celui qu'il emploie pour le bec-de-lièvre, c'est-à-dire qu'il laissa l'aiguille dans la plaie et qu'il entortilla autour un fil. Ce fut donc un point de suture entortillée qu'il fit; il mit en haut et en bas un point de suture simple, et la guérison fut complète en quinze jours. Dans cet intervalle de temps, il donna à l'opérée deux lavements pour faciliter l'excrétion des matières fécales et pour prévenir la déchirure des parties cousues par les efforts de défécation et par le passage des excréments endurcis. Quelque temps après cette femme devint enceinte de nouveau, et une portion de la cicatrice se déchira dans l'accouchement, malgré toutes les précautions prises pour empêcher cette déchirure. Quoique les expressions de Guillemeau ne soient pas très-positives et qu'elles laissent quelque chose à désirer sur l'étendue réelle de la déchirure, néanmoins on est porté à penser que la cloison recto-vaginale était rompue, puisque ce chirurgien dit que l'anus était déchiré.

Depuis Guillemeau jusqu'à la fin du xviii<sup>e</sup> siècle, la suture du périnée fut conseillé par les pathologistes, mais ne fut mise en usage ni par les chirurgiens ni par les accoucheurs.

En l'année 1794, Noël, chirurgien de Reims, la pratiqua, mais il ne fit connaître son observation que trois ans après. Son opération fut faite pour une déchirure complète du périnée et une déchirure de quatre centimètres au moins de la cloison recto-vaginale. En vingt-cinq jours, il y eut une guérison complète.

En 1796, Mursinna la pratiqua pour une déchirure incomplète du périnée; celui-ci et une partie du sphincter de l'anus étaient déchirés, mais il y avait entre l'anus et la vulve agrandis une petite portion saine, de la largeur du petit doigt environ. La femme était

enceinte de trois mois: Mursinna fit deux points de suture. Le cinquième jour, il survint une hémorrhagie suivie de la sortie de l'œuf, et d'une désunion complète des lèvres de la plaie au septième jour. Il voulut faire une seconde opération, mais la malade n'y consentit pas. L'insuccès de l'opération dépendit de l'inopportunité de l'époque à laquelle elle fut faite; cependant la femme put ensuite retenir ses matières fécales.

En 1797, Saucerotte, chirurgien de Nancy, pratiqua la suture du périnée pour une déchirure du périnée et de l'anus sans rupture du sphincter anal, et il obtint un succès complet; mais il fut obligé de faire deux fois la suture, parce que la première tentative fut en partie infructueuse. Boyer rapportant avec détail cette observation et celle de Noël, je n'en donne pas un abrégé. En 1799, Mentzell fit la suture du périnée pour une déchirure qui comprenait le périnée, le sphincter anal et un pouce de la cloison recto-vaginale. L'accident avait eu lieu à la suite de l'application du forceps, non pas par le fait même de l'instrument, mais parce que l'opérateur avait retiré les branches de l'instrument dès que les bosses pariétales avaient franchi la vulve. La tête de l'enfant était aussi très-volumineuse, et toutes les précautions mises en usage pour prévenir la rupture furent inutiles. Il plaça deux ligatures simples, le 5 octobre; le 11, le point antérieur de suture était coupé; le 13, le point postérieur l'était également, et au bout de neuf jours la guérison était complète. Osiander, qui rapporte ce fait, paraît douter de la véracité de Mentzell, à cause de la promptitude de la guérison. Aujourd'hui on sait que la cicatrization peut se faire aussi rapidement dans les cas de ruptures récentes, et que la section des parties molles par les fils n'est pas un obstacle à la réunion des parties intermédiaires.

En 1802, Osiander mit en usage la suture du périnée pour une déchirure complète du périnée avec une déchirure d'un pouce à la cloison recto-vaginale. Ce fut Langenbeck qui plaça les points de suture; il en mit quatre sur la cloison recto-vaginale et sur l'anus, et deux sur le périnée: l'opération fut pratiquée le quatrième jour après l'accouchement. Le troisième jour de l'opération, les points de suture du périnée étaient déchirés, et les autres points de suture étaient coupés profondément. Osiander laisse les deux points placés le plus profondément sur la cloison recto-vaginale, mais il enlève les deux autres; il avive les parties avec une spatule rougie au feu, puis il

place un point de suture sur l'anus et trois sur le périnée, en ayant le soin de comprendre dans les anses de fil une grande épaisseur de parties molles; et, comme il redoutait une vive inflammation, il ne serre les fils que très-médiocrement; il maintient les fesses rapprochées au moyen d'un emplâtre agglutinatif, il attache les genoux ensemble et il place la malade sur le côté, position qu'il croit presque indispensable pour obtenir la réunion. Une toux quinteuse et opiniâtre qui tourmentait la malade pouvait faire craindre un insuccès : en effet, le soir même de l'opération, dans un accès de toux, un peu de matières fécales passa par le vagin, mais aucun fil ne fut déchiré. Au dixième jour, Osiander ôta quatre fils. Le premier fil du périnée, celui placé près de la vulve, avait coupé les parties, et la réunion n'existait pas dans ce point; mais la partie postérieure du périnée, l'anus et la cloison recto-vaginale, étaient bien réunis. Il n'ôta que le onzième jour les fils de la suture de la portion la plus élevée de la cloison recto-vaginale; cette partie était parfaitement consolidée.

Nous voyons, dans le XIX<sup>e</sup> siècle, Dubois père, Dupuytren, MM. Roux, Dieffenbach, Dubois fils, Danyau, et plusieurs autres chirurgiens et accoucheurs, parmi lesquels je dois me compter, employer la suture du périnée avec des résultats différents; mais les succès, plus nombreux que les insuccès, font rentrer cette opération dans la classe des opérations ordinaires et que l'on doit pratiquer sans hésitation. Il faut examiner maintenant quelle est la suture la plus convenable.

Le choix de la suture me semble difficile à indiquer, car nous voyons en lisant les observations que toutes les sutures ont réussi, et nous trouvons, en lisant les diverses opinions des praticiens, que chacun vante et prône le mode de suture qu'il a mis en usage. Nous pouvons conclure de là que toutes les espèces de sutures peuvent être employées avec une chance égale de succès, quand on suit en les appliquant certaines règles que j'indiquerai plus bas. Nous voyons encore, en étudiant les divers cas d'opérations rapportés, que des praticiens n'ont eu recours qu'à une seule suture, tandis que d'autres en ont appliqué deux, une destinée au rapprochement des parties profondes, et l'autre au rapprochement des parties superficielles. Cette différence dans le mode opératoire nous conduit à penser que quelques praticiens ont pu s'exagérer les difficultés de la réunion des parties, et ont ainsi compliqué une opération qui pourrait être simple. Cepen-

dant je dois dire de suite qu'en parlant ainsi, je suis loin de les blâmer, et que je pense que dans les cas compliqués on ne saurait prendre trop de précautions.

La suture simple ou à points séparés, ou entrecoupée, a été employée seule par Mursinna, Mentzel, Osiander, Dupuytren, et par moi. J'ai donné plus haut les observations des trois premiers; je vais rapporter maintenant celle de Dupuytren et la mienne. Dupuytren nous apprend dans ses leçons orales qu'il fut appelé par M. Gardien et un autre médecin près d'une jeune fille accouchée en secret et hors de la maison paternelle. L'accouchement s'était terminé par une rupture complète du périnée qui allait jusqu'à l'anus, et ne s'arrêtait qu'à un pouce de hauteur de la paroi antérieure du rectum. Plusieurs jours s'étaient écoulés depuis l'accident. Dupuytren conseilla et pratiqua la suture à points séparés. Un mois après, la jeune fille fut obligée de retourner chez son père : la réunion n'était pas faite encore; une supuration opiniâtre y avait seule mis obstacle, car Dupuytren n'avait pas coupé les fils, et les fils n'avaient pas coupé les chairs. Il fut d'avis de laisser la suture en place, persuadé que la réunion aurait lieu. Trois ou quatre ans après, il revit la malade : elle s'était mariée, et le mariage n'avait pu être consommé à cause de l'étroitesse de la vulve. Il visita la malade, et il trouva la vulve très-étroite, située haut vers le pubis, et regardant en avant; en arrière, le périnée était parcouru par une forte et longue cicatrice. Il conseilla au mari de continuer ses efforts; la femme devint enceinte et accoucha sans une nouvelle rupture. L'observation qui m'est propre est la suivante. Une femme primipare, âgée de vingt-deux ans, accouche à l'hôpital Saint-Louis le 8 juin 1844. L'accouchement se fait très-naturellement; mais soit que le périnée n'ait pas été convenablement soutenu, soit que la tête de l'enfant fût trop volumineuse relativement à la grandeur de la vulve, soit plutôt qu'il existât cette disposition de la vulve dont j'ai parlé plus haut, le fait est qu'il y eut une déchirure du périnée jusqu'au sphincter anal, qui resta intact : par conséquent, il y avait entre la fin de la déchirure et l'anus une étendue de parties saines de la longueur d'un centimètre. La rupture de la peau et celle de la membrane muqueuse étaient égales. Je pense que la suture simple sera suffisante dans ce cas, où la déchirure a une longueur de quatre centimètres, et où le sphincter anal et la cloison recto-vaginale sont sains. En conséquence, je mets un point de suture simple en

avant là où commence la déchirure, et un autre point de suture simple vers le milieu de la longueur de la déchirure à deux centimètres au devant de l'anus. Le premier point embrasse peu de parties molles en profondeur; le second en comprend au contraire une grande épaisseur. Je fais donner à la malade les soins convenables pour la propreté des parties génitales et pour que les lochies ne séjournent pas. J'administre, comme je le fais toujours après les couches, un purgatif. Le 10 juin, trente-six à quarante-heures après l'opération, je vois que le point antérieur de la suture a une grande tendance à couper les parties molles, tandis que le point postérieur n'en a aucune; néanmoins je ne touche pas au fil. Le 12 juin, ce fil ayant coupé une des lèvres de la plaie, je le coupe et l'enlève, mais je ne touche pas au fil postérieur. L'examen journalier des parties me montrant que ce fil ne coupe pas les lèvres de la déchirure, je le laisse jusqu'au 19 juin, onzième jour de l'opération. Je l'enlève ce jour-là, et je trouve une cicatrice solide allant jusqu'à un centimètre de l'anus: le doigt introduit dans la vulve derrière la suture fait reconnaître que, malgré la déchirure d'une lèvre de la plaie par le fil, la commissure a été en partie cicatrisée. Je touche avec le nitrate d'argent le point le plus antérieur de la déchirure, et je conseille à la malade de rester encore quelque temps à l'hôpital pour obtenir une guérison parfaite; mais elle ne veut pas, et elle sort le 20 juin. Je ne l'ai pas revue. Dans ce cas, j'ai eu à traiter une déchirure incomplète du périnée: il en était de même dans le fait rapporté par Mursinna; mais dans ceux racontés par Mentzel et Osiander, le périnée, le sphincter anal, et la cloison recto-vaginale, étaient déchirés. Ils nous prouvent donc que la suture simple peut convenir dans les cas les plus compliqués comme dans les cas simples. Cette espèce de suture a été employée conjointement avec la suture entortillée par Guillemeau.

La suture entortillée a été mise en usage par le premier chirurgien qui ait eu l'idée d'avoir recours à la suture pour la réunion des lèvres de la plaie qui résulte de la déchirure du périnée. Il appliqua le point de suture entortillée au milieu et les points de suture simple en avant et en arrière; le périnée et l'anus étaient déchirés: aussi ce cas est-il plus en faveur de la suture simple que de la suture entortillée; cependant il doit être rapporté à celle-ci, et la suture simple ne doit être regardée que comme accessoire, d'après les expressions et la manière d'agir de Guillemeau. Noël eut aussi recours à cette su-

ture; mais il l'employa seule, et il en fit deux points: le succès fut complet. M. Dieffenbach, qui met en usage la suture entortillée, ne l'emploie pas seule. Il s'en sert pour la réunion des parties profondes, et il met en usage la suture à anses pour le rapprochement des parties superficielles. Comme il place très-profondément les points de suture, ou, pour mieux dire, les épingles, il en résulte qu'entre chaque épingle les lèvres des plaies se renversent, et c'est pour s'opposer à ce renversement qu'il met des sutures en anses. Nous voyons, d'après ces faits, que Guillemeau et M. Dieffenbach regardent la suture entortillée comme la suture indispensable à la guérison, et les sutures simples et à anses comme des sutures accessoires, tandis que Noël, qui, comme eux, a obtenu un succès, regarde la suture entortillée comme suffisant seule pour réussir.

La suture du pelletier a été employée par Saucerotte avec succès, et par Dubois père et M. Dubois fils sans succès. Ces deux derniers praticiens, guidés par la réussite de Saucerotte, ont pensé sans doute, avec lui, que la suture du pelletier ou en surjet avait le double avantage de rapprocher les parties profondes et les parties superficielles en mettant dans le rapport le plus parfait toute la largeur des lèvres de la plaie. Il est étonnant que ces praticiens n'aient pas trouvé plus d'imitateurs.

La suture enchevillée a été mise en usage par M. Roux d'abord, puis par d'autres chirurgiens et les accoucheurs français: parmi ces derniers, M. Danyau est celui qui l'a le plus employée; mais elle n'est pas pratiquée seule par ces deux praticiens, ils lui associent une autre espèce de suture pour le rapprochement des lèvres de la peau. M. Roux se sert de la suture simple, M. Danyau de la suture entortillée; quelquefois même M. Roux se contente de passer des fils sous les bouts de sonde, et de les nouer sur la plaie. J'ai pratiqué une fois cette suture, mais sans succès. Voici le fait. Une femme primipare, âgée de vingt-huit ans, arrivée au terme de sa grossesse, commence à souffrir le vendredi 16 avril 1839. Elle entre dès ce jour à l'hôpital Saint-Louis. Le samedi matin, 17 août, la poche des eaux se rompt. Le dimanche 18 août, je la trouve encore en travail; celui-ci n'est pas avancé. A dix heures du matin, je crois devoir appliquer le forceps, et quoique j'aie pris toutes les précautions possibles, quoique j'aie fait soutenir le périnée par la main d'un aide pendant que j'agissais de mon côté, il y a eu rupture complète du périnée, y compris

le sphincter de l'anus, et une très-petite déchirure de la cloison recto-vaginale. Je crois devoir recourir de suite à la suture enchevillée : j'en applique donc deux points, l'un à l'anus, en y comprenant la cloison recto-vaginale, et l'autre en avant vers la commissure postérieure de la vulve. L'opération, très-douloureuse pour la malade, a été longue et laborieuse. Le lendemain matin, lundi 19 août, je trouve les lèvres de la plaie très-tuméfiées, ce que j'attribue à l'application du forceps et à l'inflammation qui accompagne l'engorgement produit par la contusion, suite de cette application. La malade a de la peine à se mettre dans la position convenable à l'examen des parties. Les lochies coulent très-bien, l'excrétion de l'urine est très-difficile, le ventre est douloureux. Je sonde la malade, et j'ordonne deux onces d'huile de ricin pour débarrasser le ventre, précaution que j'avais omise la veille. Je fais faire des lotions de guimauve pour éteindre l'inflammation des parties suturées. Le mardi 20, les points de suture sont moins enflammés; les lochies sont moins abondantes et presque supprimées; cependant la malade urine seule, ne souffre plus dans le ventre, et n'a pas de fièvre. Je fais continuer les lotions émollientes. Le mercredi, 21, l'état général est bon; il en est de même de l'état local : je fais supprimer les lotions. Le jeudi 22, les lèvres de la plaie sont beaucoup moins engorgées; cependant elles paraissent devoir se couper. Le vendredi 23, l'infirmière me dit qu'un des bouts de sonde est tombé. En examinant les parties, je vois que les fils de la suture supérieure ont beaucoup coupé la lèvre de la plaie, et que ceux de la suture inférieure commencent à la couper : alors je les enlève, et de suite les deux lèvres de la plaie s'écartent vers la commissure postérieure de la vulve. Le lendemain, samedi 24, tout est rompu. Je voulais recommencer l'opération; mais la malade s'y est refusée, et elle est sortie de l'hôpital le 15 septembre, vingt-huit jours après son accouchement. Les lèvres de la plaie étaient cicatrisées isolément.

La suture à anses n'a été employée que par M. Dieffenbach, dans le but de produire l'adhérence des lèvres de la plaie du côté de la peau, tandis que la suture entortillée l'obtenait du côté des parties profondes.

Ces diverses espèces de suture se pratiquent dans la déchirure du périnée, comme dans toutes les autres parties du corps : je n'entrerai donc dans aucun détail sur leur mode d'application; je vais seulement

décrire les précautions à prendre avant, pendant et après l'opération, pour en assurer la réussite.

Avant l'opération, il n'y a rien à faire quand on la pratique immédiatement après l'accouchement : il suffit d'attendre que la malade soit délivrée; alors on procède de suite à la suture. Si la déchirure existe depuis longtemps, il faut préparer la malade; il faut lui donner plusieurs purgatifs, afin de débarrasser complètement le gros intestin des matières endurcies qu'il peut contenir, afin que la malade ne soit obligée à aucun effort de défécation pendant que les fils sont en place, et afin de prévenir ainsi toute distension des parties molles et toute rupture de ces parties. Au moment de l'opération, il faut préparer l'appareil et couper les poils des grandes lèvres, du périnée et de l'anus, qui peuvent venir se placer entre les bords de la plaie. L'appareil se compose d'aiguilles, de fils cirés, de petits morceaux de sparadrap de diachylon, de rouleaux de gomme élastique ou de diachylon gommé, de compresses et d'un bandage en T. Les aiguilles sont différentes selon la suture qu'on emploie. Si c'est la suture entortillée, il faut des aiguilles droites très-longues; on peut les avoir à pointes mobiles. Si c'est la suture enchevillée, ou la suture simple, ou la suture du pelletier, il faut des aiguilles courbes longues, afin de pouvoir dans l'un et l'autre cas embrasser une grande épaisseur de parties molles. Quand on ne fait la suture entortillée que pour la réunion de la peau, il n'est pas nécessaire d'avoir des aiguilles très-longues; celles dont on se sert ordinairement sont suffisantes : de même pour la suture simple et la suture à anses, pratiquées dans le but de rapprocher les lèvres de la peau, les aiguilles courbes ordinaires suffisent. Les fils destinés à pratiquer la suture profonde doivent être formés par deux ou trois brins de fil cirés et accolés l'un à l'autre de manière à former un ruban, que l'on cire de nouveau pour que les fils ne s'écartent pas. Cette disposition des fils en ruban large est nécessaire, afin de prévenir la section des parties molles par ces fils qui doivent rester en place pendant plusieurs jours. Les fils destinés à la suture superficielle doivent être moins larges, parce que leur séjour dans les lèvres de la plaie sera moins long. Les morceaux de sparadrap de diachylon sont mis sous les extrémités des aiguilles quand on se sert de la suture entortillée : ils préservent la peau du contact de ces aiguilles. Les morceaux de sonde de gomme élastique et les rouleaux de diachylon servent à recevoir les nœuds de la suture enche-

villée : les premiers valent mieux que les seconds, parce qu'ils ont plus de résistance. Les compresses, la charpie et le bandage en T, sont destinés au pansement, si le chirurgien juge à propos d'en faire un. Il y a beaucoup de chirurgiens qui s'en dispensent et qui ne mettent pas même une compresse sur les parties opérées : ils se contentent de lotions fréquentes d'eau de guimauve pour prévenir et combattre l'inflammation, et pour tenir toujours propres les parties opérées.

Pour pratiquer l'opération, il faut faire placer la malade sur le bord d'une table garnie d'un matelas recouvert d'une alèze, et lui faire tenir les cuisses écartées par des aides qui soutiennent les jambes, sans mettre leurs mains sous les pieds de la malade, afin de ne pas lui fournir ainsi un point d'appui qui lui permettrait de se mouvoir, et surtout de se porter en arrière et de s'éloigner du chirurgien; celui-ci, saisissant successivement avec des pinces ou avec ses doigts les lèvres de la solution de continuité, y passe les fils au moyen d'aiguilles courbes, ou, s'il emploie la suture entortillée, les épingles qu'il maintient en place avec un fil simple; il commence par la cloison recto-vaginale, puis il fait la suture de l'anus et il finit par le périnée. De cette manière, le chirurgien est sûr de bien placer en rapport les lèvres de la plaie de la cloison recto-vaginale et celles de la plaie de l'anus. Quand il n'y a de déchirure qu'au périnée, le chirurgien peut, s'il veut, commencer par appliquer la suture de la fourchette. Lorsque l'anus est seul déchiré, sans que la cloison recto-vaginale participe à la rupture, le chirurgien doit avoir soin de comprendre cette cloison dans la suture de l'anus, pour éviter les fistules stercorales qui surviennent même malgré cette précaution. J'ai supposé la déchirure récente et l'opération pratiquée immédiatement après l'accouchement; mais si les lèvres de la plaie sont cicatrisées, il faut les aviver. Ce temps de l'opération se pratique avec un bistouri pour les lèvres de la plaie du périnée et de l'anus, et avec des ciseaux pour celles de la plaie de la cloison recto-vaginale. On pourrait aviver les lèvres de cette dernière plaie avec un bistouri, en introduisant dans l'anus une canule ou une demi-canule de bois, comme l'ont fait quelques praticiens, et en coupant sur elle avec la pointe du bistouri les bords de la solution de continuité; mais les ciseaux sont plus commodes. Il faut avoir soin de ne pas retrancher une trop grande épaisseur de ces bords, afin de ne pas diminuer leur largeur; il faut également avoir soin de prendre une grande épaisseur de parties molles

dans les ligatures ou dans les épingles, deux centimètres au moins, afin que les parties ne soient pas coupées. Lorsque la cloison recto-vaginale est déchirée, on noue de suite les fils des sutures simples qu'on applique sur elle; mais pour le périnée, on attend que tous les points de suture soient placés pour en faire la ligature, quelle que soit l'espèce de suture que l'on mette en usage; on suit d'ailleurs pour la constriction des ligatures les règles générales des sutures. M. Dieffenbach veut que l'on pratique en dehors des sutures, de chaque côté, une incision en forme de croissant pour faciliter le rapprochement des lèvres de la déchirure: il est le seul qui professe généralement cette opinion et qui la mette en pratique; les autres chirurgiens n'y ont pas recours, et ils obtiennent également des succès. Lorsque les fils profonds sont placés, le chirurgien place les fils superficiels qui doivent rapprocher les bords de la peau. Les uns mettent des points de suture simple; les autres, des points de suture entortillée; d'autres, des points de suture à anses; d'autres passent des fils sous les rouleaux de la suture enchevillée et sous les bouts des épingles de la suture entortillée, et les nouent sur les lèvres de la plaie. Toutes ces manières de faire réussissent; il ne faut pas trop serrer ces fils superficiels, à cause du gonflement œdémateux qui survient aux lèvres de la plaie.

Il est très-important, dans cette opération, d'apporter une grande attention au placement du fil ou des fils de la cloison recto-vaginale et de l'anus, afin de mettre les parties dans un contact parfait et de prévenir les fistules recto-vaginales qui persistent quelquefois après l'opération. La suture de l'anus et de la partie voisine du périnée laisse aussi, dans quelques cas, lorsqu'elle n'est pas bien faite, une fistule stercorale cutanée, moins grave que la précédente, parce qu'elle est plus facile à guérir. En effet, dans ce dernier cas, l'opération de la fistule à l'anus produit une guérison certaine, tandis que, dans le premier cas, les opérations pratiquées pour obtenir la guérison sont souvent infructueuses.

Après l'opération, la malade doit être replacée dans son lit. Une sonde peut être mise à demeure dans la vessie, afin qu'aucun effort ne soit fait pour l'exercice de l'urine; ou, si on le préfère, la malade sera sondée chaque fois qu'elle sentira le besoin d'uriner. Les cuisses doivent être rapprochées et fixées dans cette position, afin qu'aucun mouvement ne soit exécuté et qu'ainsi aucun écartement n'ait lieu

entre les lèvres de la plaie. Osiander pense que la position couchée sur le côté est préférable au décubitus dorsal, parce que les bords de la plaie sont mieux maintenus en contact : dans cette position, les malades ont moins de tendance à l'écartement des cuisses que lorsqu'elles sont couchées sur le dos. En effet, dans cette dernière situation, le poids seul des membres suffit pour les faire tomber en dehors : aussi je partage l'avis d'Osiander, parce que je crois qu'on ne saurait prendre trop de précautions pour arriver à un résultat heureux. En général, on ne met aucun appareil de pansement sur la plaie ; quelques chirurgiens cependant en ont employé : il vaut mieux ne pas en appliquer et se contenter de faire des lotions d'eau de guimauve pour prévenir l'inflammation, ou la combattre si elle est survenue. L'opération est toujours suivie d'un gonflement des bords de la plaie ; mais il est plutôt œdémateux qu'inflammatoire, de sorte que je préfère les lotions un peu astringentes aux lotions émollientes : ainsi, l'eau de fleurs de sureau, l'eau blanche à peine tiède, valent mieux, s'il n'y a pas de rougeur inflammatoire. Ces diverses lotions sont très-utiles pour entretenir la propreté des parties ; aussi doit-on les renouveler souvent, et avoir grand soin d'essuyer après les avoir faites pour que les liquides ne restent pas interposés entre les bords de la plaie. Quoiqu'on ait eu la précaution, avant l'opération, de débarrasser les intestins des matières fécales qu'ils contiennent, il faut néanmoins continuer à tenir le ventre libre au moyen de purgatifs doux ou de lavements ; mais comme l'introduction de la canule dans l'anus peut contrarier la réunion de la plaie de la cloison recto-vaginale et de l'orifice anal, il vaut mieux employer les purgatifs, et le calomel me paraît préférable, parce qu'il agit sans causer ni coliques, ni épreintes, et qu'il produit des selles molles et presque liquides. Les fils doivent être ôtés du quatrième au septième jour ; le chirurgien doit se conduire d'après l'étendue de la division et d'après la plus ou moins grande quantité de parties molles qu'il a été obligé de comprendre dans les ligatures. Il ôtera les ligatures superficielles plus tôt que les ligatures profondes. Il n'est pas possible, je crois, de poser une règle fixe à cet égard ; car si nous lisons attentivement toutes les observations rapportées avec exactitude, nous voyons que des chirurgiens ont obtenu des succès en laissant séjourner plus longtemps les fils dans la plaie et même en les y abandonnant, soit que ces fils aient coupé les parties molles, soit qu'ils aient séjourné dans ces parties sans les couper. Je pense

donc que l'on pourra, suivant les circonstances, apporter des modifications aux règles indiquées.

Après cette opération, lorsque les bords de la déchirure du périnée, de l'anus et de la cloison recto-vaginale se sont réunis, il reste quelquefois une fistule stercorale. Cette fistule peut être de deux sortes : l'une est une fistule recto-vaginale, l'autre une fistule recto-cutanée. La première survient quand les lèvres de la cloison recto-vaginale ne se sont pas agglutinées : elle donne lieu au passage des matières fécales et des gaz dans le vagin. Si elle est grande, les matières fécales dures et les gaz passent dans la cavité du vagin, en plus ou moins grande quantité selon la grandeur de la fistule. Elle est assez difficile à guérir dans ce cas, parce qu'il faut, pour la fermer, avoir recours à l'avivement des bords de la solution de continuité et à leur suture, et celle-ci réussit avec peine sur la paroi recto-vaginale ; cependant on doit toujours la tenter. Si elle est petite, les matières liquides et les gaz passent seuls, de sorte que le plus souvent elle ne donne passage qu'à quelques humidités stercorales et à des gaz, ce qui n'est qu'une légère infirmité. Il ne faut pas pratiquer d'opération dans ce cas, mais se contenter de faire des cautérisations avec le nitrate d'argent et peut-être avec le fer rouge, si le nitrate d'argent n'a pas assez de force. Un grand nombre d'observations prouve les avantages de ces méthodes. La seconde espèce de fistule a souvent lieu par le trajet d'un fil qui a intéressé la membrane muqueuse de l'intestin. Elle rentre dans la classe des fistules stercorales cutanées ordinaires, et, comme elles, elle exige la section de toutes les parties comprises entre le trajet fistuleux et l'anus. Mais il ne faut pas se hâter de pratiquer cette opération, parce qu'on a vu ces fistules se guérir spontanément après plusieurs semaines.

3° *Déchirures centrales.* Les déchirures centrales du périnée ont été niées et le sont encore aujourd'hui par quelques personnes ; mais leur existence est trop avérée et trop certaine pour que je m'occupe de prouver leur réalité.

En parlant des causes et du mécanisme des déchirures complètes du périnée, j'ai fait voir quelle disposition des parties favorisait ces déchirures, et je ne devrais pas revenir ici sur ce sujet, si ce qu'il présente d'extraordinaire ne lui donnait de l'importance. J'ai dit que, dans la direction antérieure de l'orifice vulvaire, l'axe du vagin et

celui de la vulve formaient en devant un angle dont le sinus devait être plus ou moins grand en raison de l'obliquité d'avant en arrière de l'axe du vagin. Si donc cette obliquité est très-grande, l'angle sera moins ouvert, et la courbe du sinus sera plus courte; alors la tête de l'enfant viendra s'arc-bouter contre le périnée. Si à cette cause de conformation, viennent se joindre des causes locales accidentelles, la déchirure centrale aura lieu. Dans cette déchirure, la partie moyenne du périnée est rompue, la commissure postérieure de la vulve ou fourchette et l'orifice anal restent intacts. Cependant cette déchirure ne consiste pas, comme on pourrait le croire, dans la déchirure du périnée seul; car, malgré l'extension extrême qu'il supporte, et qui peut être portée à un point tel qu'il acquière un diamètre de vingt centimètres et même plus, d'après l'observation de quelques praticiens, on lit dans tous les faits rapportés avec soin que les parties latérales de l'anus ou les parties latérales du périnée participent à la lésion, circonstance bien importante à remarquer, parce qu'elle permet toujours une déchirure suffisante pour le passage de l'enfant, et qu'elle fait tomber de suite toutes les objections faites contre la réalité de cette rupture. Il est à regretter que toutes les observations données par les pathologistes ne contiennent pas les détails relatifs à l'étendue du mal, et que beaucoup d'entre eux se contentent de dire que le périnée fut déchiré. Dans les faits de Nedey, de Coutouly et de Joubert, la déchirure, commencée sur le raphé, s'étendait sur les côtés de l'anus, de façon à représenter la forme de la lettre Y. La branche unique était sur le raphé, les deux autres branches sur les deux côtés de l'anus. Dans le fait de Trinchinetti, la déchirure du périnée s'étendait du côté de la cuisse droite. Dans le fait de John Douglas, la déchirure comprenait toute la partie latérale du périnée, et une partie des téguments de la cuisse et de la grande lèvre gauches. Dans le fait de Marter, la déchirure du périnée avait eu lieu sur le raphé, et des deux côtés existait une autre déchirure, de sorte que la plaie avait la forme d'une croix. Dans le fait de MM. Evrat et Moreau, la déchirure du périnée présentait une plaie irrégulière, qui était dirigée transversalement sur le périnée, entre l'anus et la vulve, depuis la tubérosité sciatique gauche jusqu'à la droite, et qui, dans cet endroit, avait deux prolongements, l'un antérieur, qui s'étendait en avant, dans la direction de la branche

ascendante de l'ischion et descendante du pubis, en dépassant le niveau de la commissure postérieure de la vulve, et l'autre postérieur, qui contournait un peu l'anus.

Il est probable que dans les autres faits assez nombreux, cités par divers praticiens, il y avait également des déchirures latérales indépendamment de la déchirure centrale; mais comme il n'y a pas d'explication positive, nous pouvons conserver des doutes, au lieu que dans les cas que je rapporte, il n'y a aucun doute à avoir. Je ne crois pas cependant qu'il soit possible d'admettre que le fœtus puisse passer par une simple déchirure centrale; il faudrait supposer pour cela que le périnée a une dimension qu'il ne présente jamais. Aussi je pense que l'on peut établir en principe que constamment la déchirure centrale du périnée est accompagnée d'une ou de plusieurs déchirures latérales qui favorisent le passage de la tête de l'enfant.

La déchirure centrale peut avoir lieu seule quand l'accouchement se fait par la vulve et que le périnée a subi une très-grande distension. Alors sa partie moyenne peut prendre une teinte brunâtre, comme dans un cas rapporté par madame Lachapelle: la déchirure n'avait que six lignes de longueur, et son siège était sur le raphé; ou bien elle peut être lisse et blanchâtre, comme dans un autre cas rapporté par le même auteur: la déchirure était beaucoup plus considérable, elle avait trois pouces de longueur, et elle était dirigée obliquement sur la fesse droite.

Cette déchirure peut aussi coexister avec la déchirure de la cloison recto-vaginale; mais alors l'expulsion de l'enfant peut avoir lieu par la vulve ou par la déchirure. M. Duparcque nous donne un exemple du premier cas. Une primipare, âgée de vingt-quatre ans, accoucha d'un enfant bien portant; aussitôt après on s'aperçut de désordres considérables. La sage-femme qui l'avait accouchée assura que pendant le travail un lavement était sorti par la vulve, et que dans l'accouchement même un bras s'était un moment montré par l'anus. Il existait une fente large et à bords douloureux, occupant le bas de la cloison recto-vaginale; l'anus était sain. Il y avait une déchirure au périnée; la fourchette était intacte.

On lit dans l'ouvrage de Moschener, intitulé *Compectus partuum in Lechodochio pragensi*, etc., 1826, l'observation d'une femme qui présentait un cas du second genre. En l'année 1823, une femme âgée de trente-cinq ans, enceinte pour la seconde fois, se présenta à