

tement la cloison périnéale et que les efforts expulsifs de la matrice sont quelquefois assez puissants pour faire céder le périnée en le déchirant et pour vaincre ainsi l'enclavement qui existe par suite de la position vicieuse de la malade.

Ce fâcheux accident, qui a lieu surtout plus facilement chez les femmes dont l'ouverture du vagin est placée fort en avant et presque au niveau des os du pubis, pourrait le plus souvent être évité en maintenant le corps et la tête de la femme dans une situation presque horizontale et en soutenant le périnée pendant tout le temps du travail de manière à relever la tête de l'enfant dans la direction de la symphyse pubienne.

Lorsque la déchirure périnéale n'aura pu être empêchée, on tâchera d'obtenir la réunion des bords de la plaie en faisant coucher la femme sur le côté, et en lui recommandant de tenir toujours les cuisses rapprochées et dans la même situation. Quoique ce moyen soit très fréquemment infructueux, on ne devra jamais manquer de le mettre en usage, d'autant plus qu'il a été quelquefois suivi de la réunion de la totalité ou du moins d'une partie de la division, comme M. *Sedillot* jeune en rapporte un exemple (1). Quand ces précautions et ces premières tentatives de

(1) Recueil périodique de la société de médecine de Paris, tom. VII.

réunion ne sont suivies d'aucuns résultats et quand surtout la cicatrice des lèvres de la plaie est complètement achevée, il reste une ressource souvent efficace qui consiste dans la réunion au moyen de plusieurs points de sutures. Cette opération déjà pratiquée avec succès par *Forestus* (1), *Delamotte* (2), *Trainel* et *Noël* (3), *Saucerotte* (4), *Asdrubali* (5), *Dupuytren* (6), *Montain* (7), *Emile Barthélemi* (8), *Dieffenbach* (9), et depuis peu par M. *Vidal* de Cassis (10), a été surtout introduite dans la pratique chirurgicale depuis les brillants résultats qu'a obtenus M. le professeur *Roux* et que nous allons rapporter succinctement.

La première malade dont nous allons parler qui est la femme d'un médecin distingué d'une petite ville de province, avait déjà été opérée infructueusement d'une déchirure complète du périnée communiquant avec l'anus et ayant eu lieu à la suite d'un accouchement terminé avec le forceps. La première

(1) De morbis mulierum, page 759.

(2) Traité compl. de chirurg. cont. observ. 405.

(3) Recueil périod. de la société roy. de méd. t. VII, p. 187.

(4) *Idem.* tome IV, page 117, mélange de chirurg. t. II.

(5) Tome II. page 248.

(6) Leçons Orales et Lancette Franç. n. 102, t. VI, p. 418.

(7) Revue médicale, année 1821, tom. V, page 204.

(8) Lancette Française, t. VI, n. 104, page 427.

(9) Journal complémentaire, t. 38, page 195.

(10) Le docteur *Vidal* de Cassis a pratiqué deux fois avec succès la suture du périnée avec des aiguilles droites à manche et par un procédé simple et ingénieux que nous ferons connaître en parlant des fistules vaginales.

opération avait été pratiquée au mois de janvier 1832 au moyen de la suture entortillée ; mais la réunion , qui d'abord avait paru complète , n'était qu'apparente ; car bientôt la division périnéale exista comme auparavant.

Cet échec ne découragea ni la malade, ni son mari, et il fut résolu qu'on ferait un nouvel essai en apportant encore plus de soin et en modifiant le procédé opératoire. M. Roux, à qui cette dame avait été confiée, ayant réfléchi sur les causes de la non réussite de la première opération, pensa que le plus grand obstacle à la réunion était l'impossibilité du contact exact des parties profondes par la suture entortillée, et que dans ce cas la suture enchevillée était préférable parce qu'elle agissait plus profondément. En effet, des aiguilles courbes embrassent plus de parties; les fils pénètrent plus profondément, et la pression des cylindres expose à moins de déchirement et offre plus d'égalité; donc il n'y avait à craindre ni étranglement, ni constriction des bords de la plaie; donc les chances de succès étaient plus grandes. Dans la seconde opération, où l'on raviva de la même manière les bords de la solution, deux ou trois artéριοles fournirent encore du sang et furent liées; quatre points de sutures furent placés de manière à anticiper sur les parois du vagin, mais peu profondément, afin de ne pas exposer au renversement des lèvres, qui eût mis en

contact deux membranes muqueuses qui ne s'unissent qu'avec la plus grande difficulté; une bougie de gomme élastique forma le cylindre et on serra fortement les fils; la coaptation, parfaite alors à l'intérieur, ne l'était pas à l'extérieur, les bords de la plaie faisaient saillie en dehors; la coaptation fut faite au moyen de ligatures minces placées dans l'intervalle; les fils ne furent coupés et les aiguilles ne furent enlevées qu'après six jours pleins; une diète absolue fut prescrite, et les soins les plus assidus mis en usage.

Ce n'est que le vingt-deuxième jour que la malade alla à la selle, et rendit des matières tellement consistantes qu'il fallut aider à la défécation avec les doigts introduits dans le vagin; mais alors la cicatrice avait assez de force pour résister.

Un écoulement puriforme eut également lieu par l'anus et le vagin, mais il n'y eut pas d'hémorrhagie, ni de douleur.

Il ne restait alors qu'une petite fente du côté de l'anus, qui suppurait: on introduisit une mèche dans le rectum; et la consolidation fut bientôt parfaite, le raphée devint linéaire et solide, mais il resta une fistule recto-vaginale de peu d'étendue qui permettait à peine l'introduction de l'extrémité du petit doigt. Cette fistule donnait issue à des gaz sans laisser échapper aucune matière stercorale. M. Roux apprit quelque temps après par

une lettre du mari, que le voyage entrepris le cinquième jour qui suivit la première sortie du lit, n'avait occasionné aucun accident et que le point fistuleux qui existait entre le rectum et le vagin n'avait fourni de suppuration que pendant deux mois, et s'était cicatrisé. Cette malade s'est rétablie parfaitement; son périnée présente l'épaisseur et la solidité ordinaire, et l'œil le plus exercé ne saurait y découvrir aucune trace de l'opération. Dès que la suppuration fut tarie, les rapprochements sexuels, s'exercèrent, d'abord avec de grands ménagements, puis avec plus d'abandon, et enfin sans aucune espèce de précaution. Cette dame a repris sa fraîcheur et sa gaieté naturelles.

Cette suture périnéale (la première pratiquée par M. Roux) a été l'objet d'une lecture faite à l'académie de médecine le 30 octobre 1832. L'observation est rapportée dans le numéro du premier novembre de *la Lancette française* de la même année.

La seconde observation est prise dans la clinique de la Charité. La femme qui en fait le sujet était une nommée *Pauline Évrard*, âgée de 22 ans, femme de chambre, entrée à l'hôpital le 15 mars 1833, et couchée au n° 24 de la salle Ste-Catherine.

Cette fille, d'une santé habituellement bonne, étant devenue enceinte en 1831, entra, un mois avant d'accoucher, à la Maternité où elle eut une couche si laborieuse, qu'elle fut suivie de la déchirure du

périnée. Malgré cette infirmité, elle redevint enceinte; mais son accouchement qui, cette fois, fut encore difficile, le fut cependant beaucoup moins que le premier. Quelque temps après cette dernière couche, *Pauline Évrard* fut admise à la Charité, où, les huit premiers jours de son entrée dans cet hôpital, elle fut mise à la diète et à l'usage des délayants. Le 22 mars, on lui administra un purgatif; enfin, le samedi 23 mars, M. Roux procéda à l'opération, qui fut faite de la manière suivante:

Sur les deux surfaces de la plaie, une portion mince de chair fut enlevée, de manière qu'en rapprochant les deux bords de la division, la réunion put être facile. Trois sutures furent pratiquées, une près de l'anus, une autre près de la vulve, et la troisième entre les deux premières. Ces trois points de suture comprirent chacun une portion du vagin, afin d'éviter tout à la fois les bائلements de la plaie à l'extérieur, et les épanchements de matière purulente à l'intérieur. Pour former les anses d'un côté, les fils furent coupés et liés, et entre les deux bouts ainsi noués, un morceau de gomme élastique fut placé et tiré par les bouts de droite. Entre ces derniers, un second morceau de gomme élastique fut mis et serré par les mêmes bouts au moyen d'un noeud. Deux jours après l'opération, la malade fut prise d'une rétention d'urine, qui exigea l'introduction d'une sonde à demeure dans la vessie; ce moyen permit l'écoulement