

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'amoinrir. 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 40 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

fixes que lors de leur application. Du côté du périnée, le bourrelet médian, formé par la pression latérale des deux chevilles, était effacé, et sur la ligne médiane la réunion était parfaite; les deux points de suture faits avec la soie fine n'avaient pas coupé les parties molles, fort étroites cependant, qu'elles étreignaient.

Les fils de la suture enchevillée n'étaient nullement mobiles; ils n'avaient donc pas coupé les parties du côté des parties profondes. Bien au contraire, toute la pression exercée par eux avait porté sur les chevilles qui déprimaient assez fortement la peau. J'enlevai facilement la pointe antérieure et postérieure; quant au fil du point moyen, je ne pus le retrouver. J'explorai cependant le fond de la petite plaie occasionnée par la pression de la cheville. Nous ne savions trop si ce fil, délivré des deux coulants de plomb qui le fixaient, était tombé pendant les pansements, ou s'il était au contraire retiré profondément dans les chairs. Dans le doute, je ne crus pas prudent de fatiguer la région par des explorations prolongées, et je ne voulus pas même pratiquer le toucher rectal. Je comptais bien que ce fil, grâce à sa rigidité, se frayerait une route et se montrerait bientôt, soit à l'extérieur, soit dans le rectum, et qu'on en ferait sans peine l'extraction, supposition que la suite justifia.

En somme, le résultat était complet. Des dix points de suture, pas un n'avait manqué. Les orifices vulvaire et anal étaient reconstitués, et la région avait repris sa forme et ses dimensions normales. Le nouveau périnée avait tout près de 3 centimètres d'avant en arrière.

L'opium fut continué à la dose de 3 centigrammes. Du reste, les besoins de défécations n'avaient pas encore paru.

Pour assurer la solidité de la réunion périnéale, j'appliquai une bandelette de linge fin de 2 centimètres de large et de 5 centimètres de long, que je collai transversalement sur le périnée nouveau avec du collodion. Ce moyen protecteur fut continué pendant huit jours; il me parut soutenir très-bien les parties réunies, et je n'hésite pas à en conseiller formellement l'emploi en pareil cas.

Cependant la petite plaie causée par la pression de la cheville avait persisté du côté gauche du périnée; elle était entretenue par le fil métallique que nous n'avons pas retiré. La malade sentit un petit picotement superficiel le 3 mai, et elle retira elle-même le fil, qui était resté seize jours en place sans déterminer d'accidents; quarante-huit heures après, la plaie était fermée. Trois jours auparavant (et après treize jours de constipation), les besoins de la défécation s'étant fait sentir, on administra un verre d'eau de Sedlitz et des lavements huileux; la première selle se fit très-aisément sans douleur et sans accidents: la malade commençait à se lever dans sa chambre.

Le 11 mai, madame S.... était complètement guérie: les selles étaient régulières, les fonctions du rectum rétablies; la cloison recto-vaginale reconstituée présentait une épaisseur normale qu'on constatait en introduisant un doigt dans le vagin et un autre dans le rectum; le périnée mesurait plus de 1 centimètre de la vulve à l'anus: c'était un succès complet.

De l'observation précédente, on peut conclure:

1° Il faut faire la suture sur les deux côtés du triangle, mais il n'est pas indispensable de faire pratiquer la suture rectale.

2° Il ne faut pas intéresser la muqueuse rectale. La muqueuse du vagin est plus tolérante, et on évite ainsi le ténesme de l'anus.

3° Les fils métalliques sont très-bien dans cette opération.

4° Depuis Dieffenbach, on a beaucoup insisté sur la nécessité du débridement, pour assurer la réunion des bords de la déchirure. Pour cela, on a employé les incisions latérales, qui n'ont pas eu beaucoup de succès en France, mais qui ont été généralement adoptés en Allemagne et en Angleterre. On a conseillé, dans le même but, la section du sphincter de l'anus, et Baker Brown la pratique sur deux points. Langenbeck, dans le but de prévenir une fistule rectale, a disséqué la muqueuse et l'a fait descendre jusqu'au périnée. Demarquay a répété à peu près le même procédé. En somme, toutes ces opérations sont très-complexes, et l'observation que nous venons de rapporter prouve que l'on peut obtenir de bons résultats avec des moyens beaucoup plus simples et moins dangereux (1).

Nous avons cité tout au long l'observation de Verneuil: il nous a semblé que cette description si minutieuse et si précise des faits pourrait mieux éclairer le médecin qu'une description dogmatique de son procédé.

Depuis cette époque, un habile chirurgien belge, Deroubaix, a étudié aussi la question de la périnéorrhaphie. Comme Verneuil, il a rejeté les incisions libératrices, et mis à contribution les procédés américains pour les fistules vésico-vaginales. Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de donner ici, en finissant, la description de son procédé (2).

« Ce procédé présente comme traits distinctifs l'ensemble des moyens suivants:

« 1° L'avivements s'étend sur les deux bords de la fente vaginalesur une largeur de près de 1 centimètre, il se continue en bas sur les deux bords antérieurs de l'anus, et se prolonge sans interruption, en avant et en haut, des deux côtés, sur les grandes lèvres et les cicatrices laissées par la déchirure du périnée.

« La forme des deux surfaces avivées ainsi produites est telle que chacune est limitée: *sur la ligne médiane* par une ligne verticale suivant les bords de la déchirure, depuis son sommet dans le vagin jusqu'à sa base formée par l'anus; *en haut et en avant* par une ligne courbe à concavité antéro-supérieure, s'étendant de ce même sommet jusqu'au bord interne de la grande lèvre; *en avant et en bas* par une ligne droite réunissant les deux autres et dont la direction prolonge celle des grandes lèvres vers l'anus. Après la suture, la réunion de la première ligne avec sa ligne symétrique de l'autre côté formera le fond de la plaie du côté du rectum; la réunion des lignes courbes formera la paroi

(1) Verneuil, *Bull. de la Société de chirurgie*, séance du 14 mai 1862.

(2) Deroubaix, *Presse médicale belge* du 21 février 1864, n° 10.

postérieure du vagin ; la réunion des dernières lignes formera le raphé du nouveau périnée.

« 2° On avive les lambeaux de la cloison recto-vaginale aux dépens de

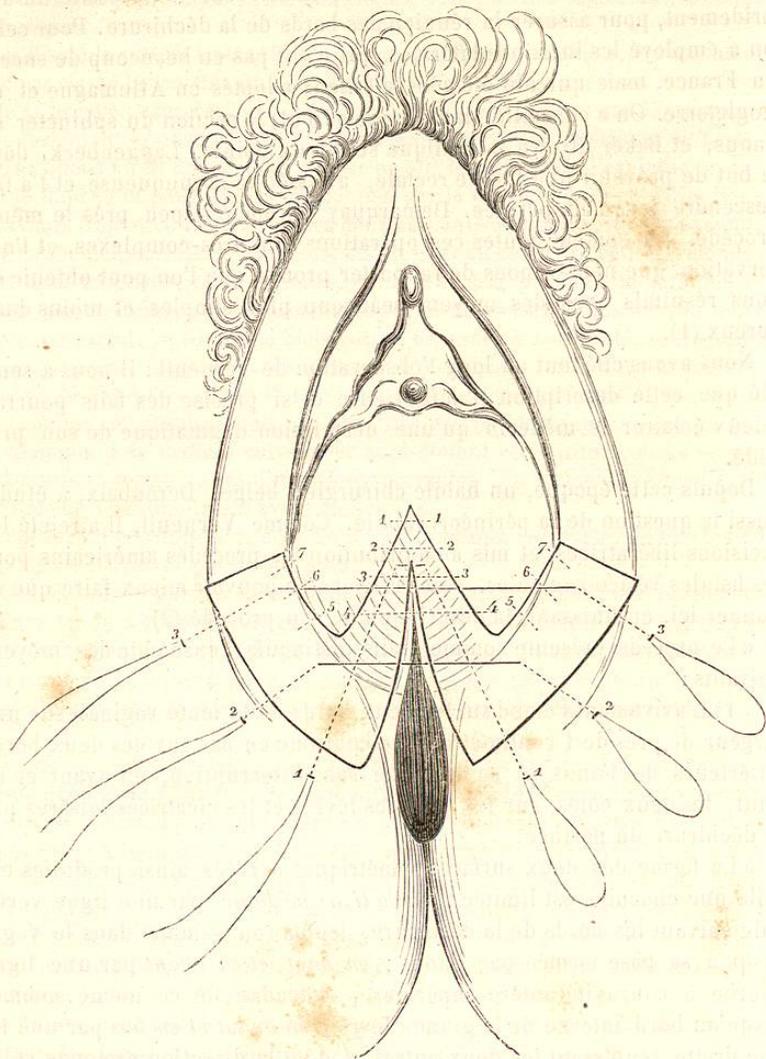


Fig. 332. — Périméorrhaphie. — Procédé de M. DEROUBAIX, dit procédé à double suture (\*).

la muqueuse vaginale seulement, en se gardant bien d'intéresser le bord de la muqueuse rectale, qui souvent est renversée en dehors et semble se présenter au tranchant de l'instrument.

(\*) 1, 2, 3, points de suture périnéale ; 4, 2, 3, 4, 5, 6, 7, points de suture vaginale.

« Ce principe est emprunté à la méthode américaine pour la suture vésico-vaginale, et il est d'une importance presque aussi grande que celui de se garder d'aviver la muqueuse vésicale dans cette dernière opération. Par son application, on évite d'abord la lésion de la muqueuse la plus délicate et la plus sensible, ainsi que l'hémorrhagie des vaisseaux hémorrhoidaux qui résulte de la section complète de la cloison recto-vaginale ; ensuite quand la déchirure s'étend à une certaine hauteur dans le vagin, on ne s'expose pas au danger qu'il a à intéresser le tissu cellulaire interposé entre les deux muqueuses de cette cloison, à cause de son voisinage avec le repli péritonéal ; dans tous les cas, il faut prévoir que, si l'avivement porte presque sur le rectum, la plaie sera en partie en contact avec les matières intestinales, et d'autant plus exposée à s'enflammer, à se décoller et à donner lieu à des suppurations du tissu cellulaire sous-muqueux ; enfin l'avivement pratiqué superficiellement, en surface, sur la muqueuse vaginale, peut seul donner aux plaies autoplastiques toute la largeur favorable à la réunion ; l'avivement par section des bords de la fente recto-vaginale ne donne à ces plaies que l'épaisseur de la cloison et offre bien moins de points de réunion et de chance de la voir réussir.

« 3° Les points de suture n'intéressent aussi que la muqueuse vaginale ou la peau et les tissus avivés, au lieu de perforer la cloison ou de passer d'outre en outre sous les surfaces avivées destinées à reformer le périnée. L'aiguille entre à la surface libre, cutanée ou muqueuse, des lambeaux, passe sous la grande partie de la surface saignante et sort toujours dans l'aire de cette surface ; puis on la fait rentrer dans le point correspondant de la plaie de l'autre côté et y décrit un trajet semblable. On obtient ainsi un affrontement parfait des surfaces ; celles-ci ne sont pas seulement rapprochées, mais adhérentes déjà par le fil qui les traverse. Par là encore, on évite que les bords cutanés ou muqueux, qu'on ne peut toujours voir, au moment où l'on serre les points de suture, ne viennent se froncer, se recourber et s'adosser dans la plaie ; c'est ce qui tend toujours à se produire à ce moment quand les fils sortent au delà du bord postérieur de la plaie.

« 4° On place d'abord d'après ces principes, et d'arrière en avant, les points de suture qui doivent réunir les bords avivés de la muqueuse vaginale, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'angle formé par l'éperon. On applique alors le premier point de suture du périnée proprement dit. Pour cela, on se sert d'une grande aiguille de Wutzer ; cette aiguille est enfilée d'un double fil métallique ; elle est passée de gauche à droite selon le trajet suivant : elle entre dans la peau à 1 centimètre et demi en dehors de l'angle inférieur de la surface avivée, passe sous cette surface, va en remontant pénétrer dans l'épaisseur de la muqueuse vaginale avivée, jusque derrière les fils déjà placés sous cette muqueuse, pour sortir au niveau du sommet de l'angle de la déchirure ; ayant ainsi décrit la moitié

de son trajet, elle traverse de même, mais de dedans en dehors, l'autre côté du périnée.

« 5° Ce premier point de suture ayant été placé, les extrémités des fils sont croisées momentanément sur la plaie pour rapprocher les bords de celle-ci, et favoriser l'exécution des autres points de suture. On revient alors à la série des points de suture vaginaux, et on en exécute quelques-uns, qui font suite symétriquement à ceux déjà placés. Quand on juge que l'on en est arrivé à l'endroit où il convient de placer le second point de suture périnéal, on passe celui-ci de la même manière que le premier, en ayant soin de le diriger dans les deux tiers seulement de la surface avivée et dans l'aire de cette surface, entre deux points de suture vaginale. On reprend alors celle-ci, puis on place un troisième point périnéal, et l'on termine vers la partie antéro-supérieure de la surface avivée au moyen de quelques points de suture simple.

« 6° M. Deroubaix emploie la suture entrecoupée pour les points vaginaux et la suture enchevillée pour les points du périnée. Cette dernière est mieux adaptée à l'épaisseur des tissus, elle favorise mieux la coaptation et la réunion des parties profondes; appliquée comme nous l'avons dit, elle ne permet aucun déplacement ni glissement des surfaces, inconvénients qui l'avaient fait abandonner par Dieffenbach.

« 7° Ce mode de suture n'est compliqué qu'en apparence et ne paraît tel qu'à cause des longueurs de la description; il n'en serait pas ainsi si on l'avait vu exécuter: on pourra du reste en suivre facilement les détails sur la figure 332, qui apprendra plus que les longues descriptions. Si l'on a bien saisi le mode d'action de ce procédé, on comprendra pourquoi M. Deroubaix l'a nommé *procédé à double suture*, et ses avantages particuliers. La réunion des deux surfaces vagino-périnéales avivées est assurée par deux séries de sutures, les unes vaginales, les autres périnéales et profondes. Ces deux séries de sutures règnent parallèlement sur toute la hauteur de la déchirure et de l'avivement depuis l'éperon recto-vaginal jusqu'au périnée et à l'anus.

« La cloison recto-vaginale et le nouveau périnée ne font qu'un, les sutures de l'une et celles de l'autre s'enchevêtrent, se prêtent un mutuel appui et peuvent se suppléer dans le cas où l'une d'entre elles se relâcherait ou couperait les tissus. Toute la plaie est protégée antérieurement contre la pénétration des liquides vaginaux, bien plus efficacement que par le lambeau antérieur de Langenbeck. Il en résulte que ce procédé pare presque à coup sûr à l'accident le plus fréquent et le plus difficile à éviter de l'opération, c'est-à-dire à la réunion isolée du périnée avec persistance d'une fistule recto-vaginale.

« 8° Dans toutes les sutures qu'il applique, Deroubaix n'emploie que les fils de Marion Sims. Il en résulte que les *fils fins métalliques* peuvent seuls, et sans provoquer une inflammation et des suppurations dangereuses, être employés en aussi grand nombre qu'il est nécessaire ici

traverser les tissus profondément et en tous sens, assurer un degré de striction suffisant et rester en place aussi longtemps qu'il le faut, c'est-à-dire ordinairement six à neuf jours. On sait qu'au contraire les fils de nature végétale ou animale enflamment les bords des plaies, que par suite ceux-ci se gonflent, se ramollissent et finissent par se laisser couper par ces fils.

« 9° Comme dans la méthode américaine aussi, on commence par former tous les points de suture par de très-longs fils de soie, dont on confie les chefs à un aide; on peut ainsi entr'ouvrir les lèvres de la plaie, pour placer avec précision les derniers points, et ce n'est qu'à la fin qu'on y substitue les fils métalliques; du reste, pour opérer cette substitution et éviter la confusion des fils, on se sert de la planchette entaillée et des fils à anse imaginés par Sims.»

C'est d'après ces données que Deroubaix a plusieurs fois déjà pratiqué la périnéorrhaphie et obtenu plusieurs succès complets.]

## SECTION III

## MALADIES FÉBRILES

## CHAPITRE PREMIER

## FIÈVRE PUERPÉRALE (1).

## § I. — Définition (2).

[[Cette maladie a été décrite sous des noms très-divers comme *fièvre*

(1) Dans ce chapitre, que j'ai refait presque complètement, j'ai conservé quelques passages seulement de M. Churchill, et particulièrement le paragraphe de l'historique et de la contagion.

(2) BIBLIOGRAPHIE. Voyez : *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement*. Communications à l'Académie de médecine par MM. Guérard, Depaul, Beau, Piorry, Hervez de Chégoïn, Trouseau, Paul Dubois, Cruveilhier, Danyau, Cazeaux, Bouillaud, Velpeau, Jules Guérin, précédé de l'indication bibliographique des principaux écrits publiés sur la fièvre puerpérale. Paris, 1858. — Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*. Thèse, Paris, 1855. — Charrier, *De la fièvre puerpérale observée en 1854 à la Maternité de Paris*. Thèse, Paris, 1855. — Gallard, *Qu'est-ce que la fièvre puerpérale?* Paris, 1857. — Behier, *Conférences de Clinique médicale faites à la Pitié, 1861-1862*. — Dumontpallier, *De l'infection purulente et de l'infection putride à la suite de l'accouchement*. Thèse, 1857. — Billoir, *De la phlébite utérine puerpérale*. Thèse, Paris, 1857. — Thierry, *Des maladies puerpérales observées à l'hôpital St-Louis en 1867*. Thèse, Paris, 1868. — U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales*