

ou à peu près; mais la troisième est sens dessus dessous, de manière que le pied se trouve près de la tête de l'individu de gauche. Ce sont évidemment deux jambes confondues en une seule; plusieurs faits anatomiques nous le démontrent; mais une preuve bien convaincante encore, c'est qu'il existe neuf doigts au pied, les deux pouces se trouvant réunis en un seul. Le bassin est en commun et d'une grandeur énorme.

En résumé, l'on voit que ce sont là deux individus

attachés ensemble, et chez lesquels on peut retrouver, au moins pour le système osseux, toutes les pièces qui appartiennent à chacun d'eux, malgré l'intimité de leur réunion. Mais il nous faudrait entrer dans trop de détails si nous voulions démontrer, pour tous les os de la poitrine, du bassin et surtout de la troisième jambe, comment cette réunion s'est opérée, et comment on peut démêler dans chaque os composé la partie qui a primitivement appartenu à l'un ou à l'autre individu. JACQUEMIN.

MÉDICO-CHIRURGICALES.

MARS 1859.

Mémoire sur les déchirures du périnée chez la femme et sur celles de la cloison recto-vaginale, rédigé d'après les leçons de M. Roux.

Les déchirures du périnée, lorsqu'elles sont complètes, sont une infirmité tellement dégoûtante pour les femmes qui en sont affectées; les moyens que jusqu'à ces derniers temps l'art a eus pour y remédier étaient tellement impuissants, tellement abandonnés, que je crois faire une chose utile en donnant un sommaire des leçons que vient de faire à l'Hôtel-Dieu le célèbre chirurgien qui, le premier, a imaginé un moyen aussi sage qu'efficace de rendre à ces parties leur conformation naturelle. Lui-même n'a fait sur ce sujet qu'un Mémoire lu à l'Académie des sciences, le 6 janvier 1854, inséré dans le t. v des *Savants étrangers*, recueil peu consulté par la majorité des praticiens. Outre que cet excellent travail me sera d'une grande utilité, quelques faits qui se sont passés sous mes yeux, soit dans la pratique particulière de M. Roux, soit à l'hôpital, me permettront, je pense, de reproduire les idées de ce professeur avec assez de fidélité; je n'y ai ajouté qu'un paragraphe sur les déchirures de la cloison recto-vaginale et quelques notes, la plupart bibliographiques, qui peut-être ne seront pas tout à fait dénuées d'intérêt.

§ I. — Le quart supérieur du vagin n'a, avec la face antérieure du rectum, qu'un rapport médiat. Ils sont séparés par le péritoine, qui, en se réfléchissant de l'un sur l'autre, forme un cul-de-sac dans lequel peuvent s'engager quelques anses intestinales; plus bas, au contraire, ces deux organes sont unis par un tissu cellulaire assez serré; et c'est cet adossement, cette adhérence de leurs parois, qui forment ce qu'on appelle *cloison recto-vaginale*, cloison qui a trois pouces environ de haut en bas, et qui, augmentant quelque peu d'épaisseur inférieurement, se confond avec le périnée.

Le *périnée*, ou intervalle ano-vulvaire, a naturellement de dix-huit à vingt lignes d'étendue d'avant en arrière; mais il ne faut pas croire qu'il a partout la même composition, la même résistance. Près de l'anus, on trouve au-dessous de la peau un tissu charnu formé par l'entre-croisement des fibres du sphincter anal et du constricteur du vagin; mais ce tissu, qui se continue en haut avec la cloison, n'a, d'avant en arrière, que quatre ou six lignes d'épaisseur, de sorte que toute la portion du périnée qui se trouve au-devant n'est formée que par du tissu

cellulaire et la peau qui, en se continuant avec la muqueuse du vagin, forme une valvule plus ou moins saillante au-dessous et en arrière de l'orifice vulvaire de ce canal. Ce repli offre bien moins de résistance que la portion charnue; aussi se rompt-il très-souvent au moment de l'accouchement pour ne plus se réunir, ou ne se réunir qu'incomplètement, d'où vient qu'il n'est pas rare de voir des femmes dont le périnée n'a que six et même quatre lignes d'étendue antéro-postérieure.

§ II. — Cette déchirure se conçoit facilement; on comprend également bien comment les femmes qui ont la vulve fortement tournée en avant, le périnée plus large qu'il ne devrait être, y sont plus exposées. Mais cette conformation vicieuse expose à un accident tellement extraordinaire, que des auteurs très-recommandables en ont douté; et on devrait en douter effectivement, si le raisonnement ne devait tomber devant l'expérience, si le fait n'était démontré par des observations bien authentiques: je veux parler de la déchirure centrale du périnée. Cependant on conçoit, à la rigueur, comment la tête de l'enfant, ne pouvant suivre un trajet aussi oblique, vient presser contre le périnée, le distend dans tous les sens, s'en coiffe pour ainsi dire, et finit par passer au travers sans déchirer la commissure (1). Moins heureuses encore sont quelques femmes et même celles qui jouissent d'une meilleure conformation; chez elles, au moment du passage de l'enfant, le périnée se déchire dans toute son étendue, l'anus et la vulve ne font plus qu'une ouverture. Cette rupture se fait ordinairement sur la ligne médiane, quelquefois cependant elle a lieu un peu à côté; presque toujours alors la cloison recto-vaginale y participe, mais il est rare que cette déchirure s'étende très-haut, qu'elle dépasse un pouce au-dessus du périnée. Dans les onze cas de ce genre que M. Roux a opérés, la cloison se trouva toujours intéressée, mais à quelques lignes seulement de hauteur. Enfin il est des femmes chez lesquelles le périnée résiste et la cloison recto-vaginale se rompt; nous en avons eu, pendant le cours de l'été, un exemple au n° 11

(1) Suivant M. Moreau, la science compte une quarantaine de faits semblables et bien attestés. (Gaz. Méd. de Paris, 1832, p. 695.) Ce professeur a publié un Mémoire sur ce sujet. (Revue médicale, juin 1830.)

Voyez l'obs. de Dupuytren, Gaz. méd., 1832, p. 684, et celle de Foucher, rapportée par Francon, ibid., p. 866.

de la salle Saint-Jean. Le périnée avait résisté dans une étendue de trois à quatre lignes; mais, immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus, commençait une déchirure verticale de la cloison, déchirure qui s'étendait à une hauteur de quinze lignes au moins.

Presque toujours ces ruptures sont l'effet d'une première parturition. Les causes sont alors, outre la disposition vicieuse qui a été signalée précédemment, des cicatrices vicieuses résultant de plaies ou de brûlures, la rigidité des parties, et par conséquent un âge déjà avancé, l'étroitesse et le peu de longueur du vagin, le volume de la tête de l'enfant, son passage trop brusque, l'application du forceps soit parce qu'elle n'a pas été faite avec l'art et les précautions convenables, soit par cela seul que cet instrument augmente le volume de la tête ou parce que l'accoucheur a extrait celle-ci avec trop de rapidité. Presque toujours ces communications entre le rectum et le vagin se font brusquement, très-rarement par gangrène, bien différentes en cela des fistules vésico-vaginales, ce qui dépend de ce que la pression sur le pubis se fait bien plus fortement et dans une étendue bien moindre que sur le sacrum.

Indépendamment de celles dont je viens de parler, des destructions du périnée peuvent être le résultat de diverses maladies, telles que gangrène spontanée, cancer, syphilis, etc. Nous avons eu il n'y a pas longtemps, au n° 8 ou 9 de la salle Saint-Jean, une femme chez laquelle de nombreuses ulcérations vénériennes avaient transformé le rectum et le vagin en un véritable cloaque; elle ne tarda pas à succomber à l'abondance de la suppuration dont ces parties étaient le siège. Des accidents, tels que des chutes où le périnée porterait sur des corps anguleux, peuvent également donner lieu à sa destruction; l'art lui-même en a quelquefois opéré. C'est ainsi que M. Roux rapporte une observation (1) dans laquelle une division des plus complètes avait été inutilement pratiquée pour guérir une simple fistule (2); c'est ainsi que l'année dernière il était décidé à fendre le périnée, pour extirper une tumeur développée dans la cloison recto-vaginale, s'il n'y était heureusement parvenu d'une autre manière. « Enfin, dit le professeur, cette mutilation ne pouvait-elle pas provenir de quelque acte volontaire, criminel ou insensé? J'ai souvenance, sans pouvoir bien me rappeler la source où ce fait a été consigné, qu'une fois elle a été le résultat d'une atroce ven-

geance exercée par un mari sur sa femme, qu'il savait lui être infidèle. »

On ne connaît pas d'exemple que cette infirmité ait jamais été congénitale, tandis qu'on voit si souvent des enfants naître avec des divisions existant sur la ligne médiane, soit du voile du palais ou de la voûte palatine elle-même, soit de la poitrine, de l'abdomen, de la face antérieure de la vessie, de l'urèthre, etc.; on n'a jamais entendu dire qu'une jeune fille soit née, ait vécu avec une division du périnée.

§ III.—Lors même que celui-ci n'est rompu que dans sa partie antérieure, il est rare que les efforts de la nature suffisent pour réparer le désordre. Les deux lèvres de la division se cicatrisent isolément, et la vulve se prolonge beaucoup en arrière, mais il n'y a pas de communication anormale; le sphincter de l'anus conserve son intégrité et son ressort; il n'en résulte pas d'infirmité assez grave pour nécessiter les secours de la chirurgie. L'inconvénient est peut-être moins grave encore quand il s'est fait une déchirure centrale du périnée; car constamment alors la déchirure disparaît par les seuls efforts de la nature, les parties se consolident sans réunion artificielle (1). Mais il n'en est plus de même quand le périnée est détruit dans toute son étendue, la nature est tout à fait impuissante. L'écoulement des lochies inondant continuellement la plaie, et les bords de celle-ci se trouvant, par la disposition des parties, constamment éloignés l'un de l'autre, d'abord ils suppurent, puis se cicatrisent isolément, se revêtent d'une muqueuse, et il ne reste plus de deux ouvertures parfaitement distinctes, qu'une large fente à bords droits ou irrégulièrement ondulés; seulement, lorsqu'on écarte ceux-ci on voit cette fente partagée en deux par une cloison transversale, déchirée elle-même plus ou moins haut: c'est la cloison recto-vaginale.

Il est inutile de dire combien est triste la condition d'une femme en cet état; ce n'est pas que la conception ne puisse se faire, l'accouchement est même rendu plus facile. Noël a opéré une femme qui était devenue mère de sept enfants depuis qu'elle avait eu le périnée détruit. M. Roux a connu une dame anglaise qui, ayant éprouvé ce malheur à son premier accouchement, était cependant en possession d'une famille de douze enfants. « Je suis sûr, ajoute-t-il, qu'on recueillerait dans le monde nom-

(1) C'est à la vérité ce qui a lieu le plus souvent. La maladie observée par Dupuytren se trouva guérie sept semaines après l'accident, (Lec. or., t. III, p. 203.) C'est là le temps ordinaire. Mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouve l'observation de M. Francon. Dupuytren cite même l'exemple d'une femme chez qui la matrice venait faire saillie au dehors à travers la déchirure. Faut-il dans ces cas tenter la réunion par la suture, ou bien couper simplement la bride qui sépare l'ouverture anormale de la vulve? En prenant ce dernier parti, l'orifice du vagin serait très-large, mais il y aurait peu d'inconvénient d'ailleurs, tandis que, si l'on a recours au premier, il en résultera, outre les difficultés de l'opération, une vulve très-étroite, tournée en avant, et à un second accouchement les mêmes difficultés qu'au premier. (Voir la Gaz. méd., 1832, p. 685.)

(1) Mém. cité.

(2) M. Roux a démontré combien sont fréquentes les fistules ano-vulvaires, c'est-à-dire celles qui s'étendent du voisinage du rectum à l'une des grandes lèvres. Comme toutes les fistules anales, celles-ci ne guérissent presque jamais spontanément. Quand on les traite par incision, il faut bien prendre garde d'intéresser le vagin, et encore je crois avoir remarqué que malgré cette précaution, elles guérissent bien plus difficilement que les autres. Je ne serais pas éloigné de croire que dans ce cas on dût préférer la ligature par le fil de plomb, qui, avant de couper les parties superficielles, donne aux parties profondes le temps de se réunir.

bre de cas semblables, et peut-être qu'à force d'art, d'adresse, de ruse, et par je ne sais quelles supercheries, des femmes parviennent à cacher une infirmité si propre à inspirer du dégoût. Mais quand elle est connue, et pour que ce dégoût soit surmonté, ne faut-il pas ou le délire des sens porté à l'excès, ou un sentiment plus qu'ordinaire des devoirs presque sacrés qu'impose l'union conjugale? Non-seulement une femme chez qui le périnée n'existe plus n'est plus femme qu'à demi, au moins en ce qui concerne l'appareil extérieur de la génération; non-seulement elle a perdu toute jeune qu'elle peut être, et qu'elle est le plus ordinairement, une partie des charmes dont la nature l'avait pourvue, mais une des plus graves incommodités qu'il y ait; une incommodité dégoûtante l'afflige encore continuellement, son sort est presque aussi misérable que celui des personnes qui sont affectées d'un anus contre-nature. Comme le sphincter de l'anus a été déchiré et ne peut plus se contracter, comme toute action a cessé à la partie inférieure du rectum, rien ne s'oppose à l'issue des gaz intestinaux, aussitôt qu'ils parviennent au terme de leur cours, ni à la sortie, ou continuelle, ou du moins trop souvent répétée et presque involontaire des matières fécales. Sans doute celles-ci peuvent séjourner quelque temps dans l'intestin-rectum, quand elles y arrivent avec une certaine consistance; mais sont-elles molles, le besoin de les rendre se produit à chaque instant; il est vif et pressant; et si elles sont encore à un état plus voisin de l'état liquide, elles s'échappent involontairement, inondent le vagin et toutes les parties voisines (1). Les femmes qui sont en proie à une telle infirmité sont presque toutes obligées de vivre dans une solitude contraire à leur âge, à leur sexe et à leurs habitudes. « Il n'est pas de moyen auquel ces malheureuses n'aient recours; les unes cherchent à obturer le rectum au moyen de tampons, d'autres font usage de moyens compressifs, etc. La première que M. Roux opéra avait fait un usage immodéré d'opium pour se constiper au besoin. Toutes enfin, pour que la quantité des matières excrémentielles soit la moindre possible, se condamnent à ne prendre que la quantité d'aliments strictement nécessaire à l'entretien de la vie. Ainsi donc tout concourt à jeter leur âme dans une profonde tristesse et à détériorer leur santé.

§ IV.—J'ai déjà dit combien était peu grave une déchirure incomplète du périnée; j'ajouterai que le sphincter anal ayant seul résisté, les plus simples précautions sont suivies d'une guérison complète (2).

(1) Quelques femmes, après avoir éprouvé une incontinence complète de matières fécales, recouvrent plus tard la faculté de les retenir et de les rendre à volonté, excepté quand elles sont affectées de diarrhée. Entre autres preuves je choisirai l'exemple de cette femme dont M. Vigla et moi nous avons rapporté l'observation. (Journ. des Conn. médico-chir., sept. 1836.) Gardien, Burns, avaient déjà fait cette remarque. Si les idées de J. O'Beirn sur l'état habituel de contraction de la partie supérieure du rectum sont vraies, elles expliqueraient assez bien ce fait. (The London medical and surgical journal, august. 1836. — Voy. Gaz. méd. du 15 oct. de la même année.)

(2) Sédillot pense que si une division de ce genre est ré-

Mais quelle différence quand ce dernier muscle est lui-même déchiré! l'écartement et le peu d'extensibilité des parties, l'écoulement continu des liquides, s'interposant entre les lèvres de la plaie, l'effort des matières stercorales pour vaincre la résistance du sphincter de l'anus, voilà des difficultés, des obstacles, qui font que les tentatives des chirurgiens, jusqu'à ce jour, n'ont été suivies de succès qu'à de longs intervalles, et que les moyens qu'ils ont employés sont tombés dans un discrédit presque complet.

« L'honneur de la première tentative, dit M. Roux (1), appartient à la chirurgie française. C'est Guillemeau, disciple, émule et contemporain de notre Ambroise Paré, qui rapporte le premier fait relatif à la suture du périnée; c'est par lui que l'opération avait été pratiquée. Il avait mis en usage ce que nous appelons la *suture à points entrecoupés*: l'opération avait réussi. Indépendamment de la grande confiance que ce célèbre chirurgien inspire, le fait est rapporté avec les circonstances les plus propres à en garantir l'authenticité; je n'en puis dire autant d'un cas de succès attribué à un chirurgien obscur, dont il est parlé dans les *Ephémérides des curieux de la nature*, recueil qui n'a pas toujours un caractère suffisant de vérité. Plus tard, Mauriceau, Lamotte, Smellie, ont paru croire qu'on pouvait entreprendre la restauration du périnée; ils la conseillent, indiquent la suture à points passés, mais sans dire s'ils ont réellement tenté cette opération, et sans faire connaître les résultats qu'ils en avaient obtenus. C'était y attacher peu d'importance; c'était en quelque sorte l'abandonner. On n'y pensait plus en effet, lorsque, vers la fin du siècle dernier, deux chirurgiens français, Noël (de Reims), et Saucerotte (de Lunéville), l'entreprirent une fois, chacun séparément, et l'entreprirent avec succès, l'un et l'autre en employant la suture qu'on nomme *suture entortillée*. Ces deux faits font époque dans la science. Pendant longtemps ils ont été les seuls connus, les seuls cités, et faisaient la base unique des brèves considérations qu'on trouve consignées sur la restauration du périnée dans nos ouvrages classiques. Noël et Saucerotte ont presque passé pour des inventeurs; on admira leur courage, mais sans montrer beaucoup d'empressement à marcher sur leurs traces. La chirurgie anglaise, si belle à tant d'égards, émule et rivale de la nôtre, s'est montrée tout à fait stérile sur ce point. Les chirurgiens français de notre époque ont montré presque tous la même indifférence, ou bien ont été découragés par quelques non-réussites, sans rechercher aucunement si par des

cente, il suffit, pour obtenir la guérison, de faire coucher la malade sur le côté, de rapprocher les cuisses par un lien et de joindre à cela des soins de propreté. Si elle est ancienne, les mêmes moyens suffisent, mais il faut préalablement rafraîchir avec l'instrument tranchant. Deux fois cette méthode lui a réussi. Si la plaie vicieusement cicatrisée est encore moindre, il substitue le caustique à l'instrument tranchant. Dans une circonstance semblable il toucha à plusieurs reprises les bords de la division avec le nitrate d'argent fondu, et la réunion ne se fit pas longtemps attendre. (Journ. gén. de méd., t. 56, p. 181, 1816.)

(1) Mém., cité.

voies nouvelles on ne pourrait point arriver à de meilleurs résultats. M. Boyer n'avait jamais, dans le cours de sa longue carrière, pratiqué la suture du périnée, et, dans son grand ouvrage de chirurgie, il se borne à ne pas désapprouver les nouveaux essais qu'on voudrait faire, mais sans montrer beaucoup de confiance. Son contemporain d'âge et son égal en renommée, M. Dubois, l'a faite une fois et n'avait point réussi; son fils, M. Paul Dubois, l'a tentée une fois aussi pareillement, à l'hospice de la Maternité, même revers. L'un et l'autre avaient suivi les errements tracés par Noël et Saucerotte, c'est-à-dire qu'ils avaient mis en usage la suture entortillée. Cependant, depuis que mes succès connus ont rappelé l'attention sur ce sujet, on parle d'une tentative heureuse faite par M. Dupuytren, il y a douze ou quinze ans (1), mais à laquelle il avait attaché peu d'importance; et l'un de nos recueils périodiques de médecine, celui qu'on nomme *Revue médicale*, con-

(1) D'après M. Pigné (Traduct. de la chirurgie de Chelius, t. 1, p. 262), c'est en 1805 que Dupuytren pratiqua cette opération. J'ai souvent ouï raconter ce fait plus ou moins orné d'accessoires plaisants, suivant le talent des narrateurs. Je pense faire plaisir aux lecteurs et le leur mettant sous les yeux, tel que Dupuytren l'exposa lui-même dans ses leçons.

« Je fus 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 demi pouce de hauteur de la paroi antérieure du rectum. Plusieurs jours s'étaient déjà écoulés depuis; je conseillai et pratiquai la suture à points séparés; aujourd'hui je préférerais l'enchevillée. Après un mois écoulé, la jeune fille était obligée de retourner chez son père, et la réunion n'était point faite. Une suppuration opiniâtre y avait mis seule obstacle, car je n'avais point coupé les fils, et les fils n'avaient point coupé les chairs. Mon avis fut de laisser la suture en place et que la réunion se ferait. On suivit ce conseil, et je n'entendis plus parler de rien.

« Trois ou quatre ans après je vis entrer dans mon cabinet de consultation un homme et une femme; mais celle-ci se tenait en arrière et me faisait signe comme pour m'inviter à la prudence. L'homme, c'était son mari, m'exposa qu'il n'avait pu consommer le mariage, et qu'il désirait savoir de moi si c'était sa faute ou celle de sa femme. Je la visitai; je trouvai l'ouverture du vagin très-étroite, et regardant en avant, en arrière, le périnée était parcouru par une longue et forte cicatrice. Je conseillai à l'époux de renouveler ses efforts, qui, en effet, furent enfin couronnés de succès. La femme devint enceinte et accoucha, chose remarquable, sans qu'il se fit de nouvelle déchirure. Cette femme était celle que j'avais opérée plusieurs années auparavant; j'ai su d'elle qu'elle s'était confiée à un médecin qui n'avait coupé mes sutures que quand la réunion avait été complètement faite. » (Gaz. méd., 1832, p. 685.)

« On voit, par ce qui précède, que Dupuytren était convaincu des avantages de la suture enchevillée sur toute autre. Mais qu'on remarque bien que c'est dans ses leçons du 16 oct. 1832 qu'il émet cette opinion, tandis que c'était au mois de mai que M. Roux avait obtenu son premier succès. Le détail de cette opération avait été publié par M. Vidal, de Poitiers, dans sa thèse soutenue à la Faculté de Paris, le 28 août 1832, et dont Dupuytren avait été examinateur. C'est donc bien à tort que l'auteur d'un ouvrage sur la médecine opératoire, se fondant sur quelques mots du passage rapporté plus haut, attribue ce procédé à Dupuytren.

tient le récit d'un cas où cette suture du périnée a été pratiquée à peu près dans le même temps et avec un résultat également favorable, par M. Montain le jeune, un des plus habiles chirurgiens de Lyon; et je dois à la vérité de dire que, dans le cas dont il s'agit, et dont j'ai eu connaissance il y a très-peu de temps, M. Montain a fait, pour une partie de son opération, quelque chose qui se rapproche du procédé dont je croyais avoir eu complètement la première idée.

« Cependant aussi, et depuis le commencement de ce siècle, quelques chirurgiens allemands ont eu pitié de ces malheureuses femmes chez lesquelles le périnée a été rompu dans l'accouchement. Ils ont essayé de faire revivre la suture de cette partie; surtout ils ont discuté avec sagesse la question de l'époque la plus opportune pour entreprendre cette opération: tels que Mursinna, Mentzel, Osiander et plus spécialement encore M. Dieffenbach à Berlin. Les uns proposent la suture à points séparés ou séparés, les autres recommandent la suture entortillée. Aucun n'a eu la pensée d'appliquer cet autre moyen de synthèse, qui a nom *suture enchevillée*; et, s'il faut en croire M. Dieffenbach, il n'y a guère à espérer de succès qu'en pratiquant deux incisions parallèles sur les côtés de la vulve et du périnée, incisions par lesquelles on prévient le tiraillement et une trop forte distension des parties voisines de celles qui doivent être embrassées dans les anses de fil, ou traversées par des aiguilles. C'est ainsi qu'a agi le chirurgien de Berlin dans plusieurs cas; et deux fois, mais deux fois seulement ses efforts ont été couronnés de succès. Osiander a pareillement réussi une fois, et sans le secours de ces incisions verticales sur les côtés du périnée; on connaissait ces nouvelles tentatives faites par les chirurgiens allemands; on voulait bien croire à la vérité de quelques succès obtenus par eux, mais ces succès étaient considérés comme des faits tout à fait exceptionnels. En France surtout on ne pouvait croire qu'il fût jamais possible de trouver, pour la restauration du périnée, une méthode applicable à tous les cas et qui, dans la main même des chirurgiens les plus habiles, pût offrir des probabilités suffisantes de succès. On avait donc abandonné cette opération comme étant, sinon trop difficile dans l'exécution, du moins trop incertaine et trop chanceuse dans ses résultats. »

C'est ainsi que M. Roux expose l'état des esprits en France, par rapport à la suture du périnée. Pénétré lui-même du peu d'espoir qu'elle offrait, il ne fallut rien moins que les sollicitations les plus pressantes pour lui faire entreprendre une opération de ce genre. C'était en janvier 1852; n'ayant encore aucune expérience propre à cet égard, il suivit la route frayée. Après avoir avivé et placé quatre aiguilles, il pratiqua ce qu'on appelle la *suture entortillée*; mais, en dépit de ses soins, malgré la tendre sollicitude et les efforts du mari, qui était lui-même médecin très-habile, ses craintes se réalisèrent, et la réunion qui paraissait faite le septième jour où l'on ôta les fils, n'existait plus deux jours après. Malgré ce fâcheux résultat, malgré l'épidémie terrible qui ne tarda pas à éclater, cette jeune dame resta à Paris, dans l'attente d'une seconde opération. Tant de courage ne devait pas être sans récompense. Après

de mûres réflexions sur ce sujet, M. Roux acquiert bientôt la conviction que la difficulté principale vient de ce que, même avec la suture entortillée, le fond de la plaie n'est pas rapproché assez fortement et communie avec deux cavités lubrifiées par des liquides, d'autant plus abondants qu'elles participent elles-mêmes à l'inflammation du périnée; il fallait donc chercher un moyen qui agit principalement sur le fond de la division; et c'est ainsi qu'il a été conduit à la *suture enchevillée*, qu'on n'avait employée jusqu'alors que pour les plaies pénétrantes des parois abdominales.

§ V.— Voici comment il procède :

La malade étant placée en travers sur le bord de son lit, comme pour la taille périnéale, c'est-à-dire couchée sur le dos, le bassin élevé, les cuisses fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses, deux aides, debout de chaque côté, la maintiennent dans cette position et écartent en même temps les grandes lèvres avec la précaution de tendre également, uniformément, les parties des deux côtés. Le chirurgien, assis entre les jambes de la patiente, commence à aviver au moyen d'un petit bistouri convexe sur le tranchant.

Pour cela il dissèque de chaque côté de la solution de continuité un lambeau quadrilatère, ayant un pouce et demi à deux pouces dans son diamètre coccy-pubien et s'étendant de la peau jusqu'à la cloison. Dans ce premier temps, plusieurs précautions sont nécessaires : 1° il faut que les deux lambeaux se correspondent parfaitement, qu'ils aient autant que possible la même longueur et la même largeur; 2° en les circonscrivant, on commence comme dans toute opération du même genre, par l'incision la plus déclive; 3° il faut anticiper un peu sur la peau d'une part, et d'autre part sur les parois du vagin; cette précaution a pour but de mettre en contact des surfaces aussi étendues que possible et on y satisfera, dût-on rendre l'ouverture du vagin un peu trop étroite; 4° enfin on dissèque les lambeaux aussi minces que possible pour ne pas faire une perte de substance trop considérable. On termine ce premier temps de l'opération, en avivant séparément avec des ciseaux droits les deux lèvres de la cloison recto-vaginale, lorsqu'elle est elle-même fendue. Le sang que donnent quelques artérioles s'étonche ordinairement avec facilité; dans le cas contraire, on les torderait, ou on-en ferait la ligature; puis on pose les fils.

Les ligatures doivent être plates et avoir au moins une ligne et demie de largeur. Que les aiguilles soient fortes, longues d'environ quatre pouces, d'une courbure régulière de dix-huit lignes de rayon à peu près; qu'elles soient bien acérées, tranchantes sur leurs bords près de la pointe, que leur chas soit assez large pour admettre les ligatures avec facilité. Cela fait, celles-ci sont doublées, et leurs deux extrémités réunies par un nœud; alors, appliquant quelques doigts de la main gauche sur la face avivée de la lèvre gauche de la division pour la soutenir, on enfonce une première aiguille de dehors en dedans à quinze lignes au moins de la plaie, d'abord perpendiculairement à la peau, puis obliquement de manière à la faire ressortir un peu au delà du point le plus profond de la surface saignante. On attire alors

cette aiguille et la ligature qu'elle entraîne après elle, puis on l'enfonce dans la lèvre droite de la déchirure de dedans en dehors en lui faisant suivre un trajet absolument semblable au précédent, mais en sens inverse. On place de la même manière tous les fils en commençant par le plus rapproché de l'anus et en remontant successivement. La première fois M. Roux en mit quatre à un demi pouce d'intervalle; mais trois doivent suffire dans le plus grand nombre de cas, l'un que l'on pose tout près de l'anus, un autre du côté du vagin, le troisième enfin entre les deux autres au niveau de la cloison. Ce dernier offre cette particularité que, quand la cloison est déchirée, on la lui fait traverser pour en rapprocher les bords. J'ai dit que l'on enfonce chaque aiguille un peu au delà de la surface saignante, qu'on anticipe par conséquent un peu sur les parois du vagin: cette précaution a pour but d'opérer sur ces parois une légère traction et de mettre en contact les deux plaies dans tous les points de leur étendue.

Alors on met un morceau de bougie de gomme élastique un peu forte dans les anses que les ligatures doublées forment du côté droit, et on tire sur chacune d'elles du côté opposé, de manière à presser le cylindre contre la peau; ensuite on place à gauche, entre les deux bouts de chaque ligature, un cylindre sur lequel on fait un nœud simple très-serré, puis un nœud bouclé; il ne faut pas craindre de presser les bords de la plaie l'un contre l'autre un peu fortement.

Mais alors la suture enchevillée fait un peu saillir en dehors les bords de la plaie, et leur coaptation ne serait pas aussi parfaite qu'on pourrait le désirer, si l'on ne faisait rien pour prévenir cet effet et mettre la peau en contact avec elle-même. La première fois M. Roux y parvint au moyen de ligatures minces, qu'il avait eu la précaution d'engager dans les différents points de suture avec les ligatures principales, et qui lui servirent à faire comme autant de points de suture simple, fort peu serrés toutefois; maintenant il se contente de placer transversalement, et entre les ligatures principales, des fils moins gros, de telle sorte que les extrémités de chacun d'eux après avoir passé entre les cylindres et la peau, sont ramenées l'une vers l'autre et nouées au devant de la plaie du périnée. On mettra autant de fils qu'il y aura d'intervalles entre les ligatures, deux par conséquent, si celles-ci sont au nombre de trois.

« On voit de suite pourquoi, dit le professeur, cette suture agit ici bien plus efficacement que toute autre. Comme c'est avec des aiguilles courbes qu'on conduit et qu'on place les ligatures, on doit agir plus profondément et embrasser plus de parties qu'avec des aiguilles droites. Les fils, bien qu'ils se redressent par la tension qu'on leur fait subir, ne prennent pas une rectitude et surtout une rigidité semblables à celles des aiguilles droites qui restent dans une plaie réunie par la suture entortillée; on a dès lors moins à craindre une trop prompte division des parties qu'ils touchent immédiatement; puis au moyen des cylindres, et quoique des intervalles plus ou moins grands séparent les ligatures elles-mêmes, la double pression latérale de laquelle résultent les