

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 5 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'avivement s'étend sur les deux bords de la fente vaginale sur 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 symétriques 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

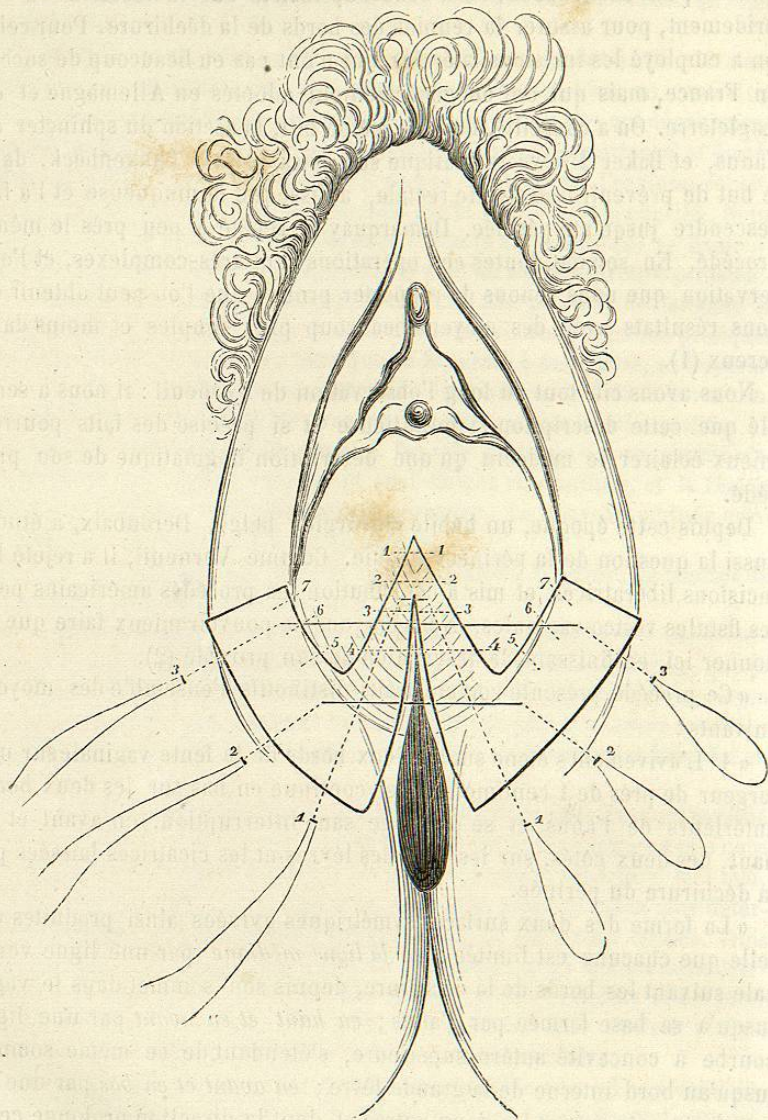


Fig. 332. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. DEROUBAIX, dit procédé à double suture (*).

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; 1, 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 décrire 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, *procédé 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*