

drocèle et on aperçoit la surface péritonéale du cylindre interne ; si le cul-de-sac renferme une anse grêle, on la réduit, puis on fait une suture séro-séreuse des deux cylindres fermant complètement le péritoine ; on sectionne alors la moitié antérieure du cylindre interne et on suture ensemble très soigneusement la musculuse et la muqueuse des deux cylindres. On traite ensuite de la même façon la moitié postérieure du prolapsus ; sauf le cas d'invagination procidente, on ne trouve pas de péritoine à ce niveau, mais on rencontre le pédicule vasculaire hémorroïdal supérieur dont il faut faire attentivement l'hémostase.

Les modifications qu'on a proposées à cette manière de faire sont peu importantes et n'ont aucun avantage réel sur l'opération primitive de MIKULICZ. Parmi elles, il faut cependant signaler la pratique de RAYE, de WOLKMANN et d'HELPERICH qui font la suture des deux cylindres, sur le doigt introduit dans le prolapsus, avant de pratiquer l'excision.

La résection est toujours une opération très sanglante, et c'est pour éviter l'hémorragie qu'ont été imaginés divers procédés qui nous semblent, en réalité, inférieurs à celui de MIKULICZ. On peut faire l'hémostase préventive par la ligature élastique sur un cylindre de bois ou une bougie dure, comme le faisait, dès 1879, KLEEBERG (d'Odessa) après avoir ouvert le sac de l'hédrocèle pour s'assurer de sa vacuité ; c'est un procédé analogue que recommande ESMARCH et qui a été employé par KRÖNLEIN à Zurich, KRAJEWSKI à Varsovie et EWALD à Vienne ; on peut encore faire l'hémostase au moyen de broches, comme l'a fait récemment DEMBOWSKI (de Wilna) dans un cas de prolapsus causé par une tumeur maligne.

Mais on peut également faire l'hémostase préventive par des pinces ; SEGOND, TRÉLAT, NÉLATON, PÉRIER ont, chacun dans un cas, employé la technique que voici : deux incisions latérales faites entre des pinces à longs mors partagent le prolapsus en deux valves antérieure et postérieure. Une pince est placée transversalement à la base de chacune de ces valves, elle étreint les deux cylindres prolapsés. On retire alors cette pince centi-

¹ SEGOND-NÉLATON. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 27 nov. 1889.

mètre par centimètre, en coupant au fur et à mesure transversalement et en suturant les surfaces sectionnées. L'opération est rapide, l'hémorragie réduite à son minimum ; mais il y a un écueil. Nous avons insisté sur la présence possible des anses intestinales dans la partie antérieure du prolapsus ; on peut les refouler avant de placer la pince transversale, mais le procédé

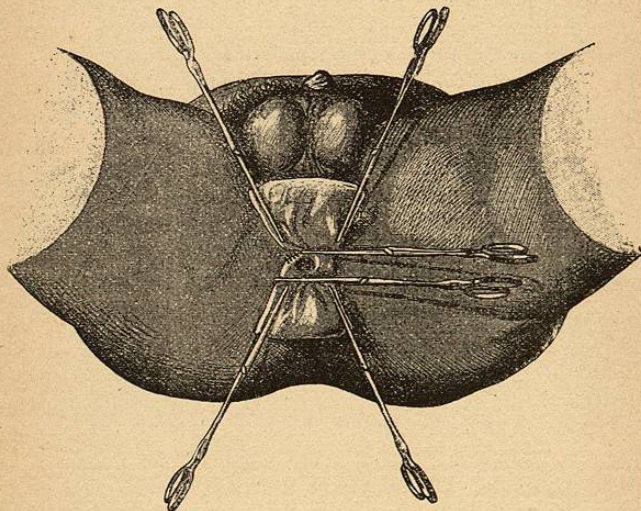


Fig. 32.

Extirpation du prolapsus. Procédé de SEGOND-NÉLATON.

n'en reste pas moins quelque peu aveugle, ce qui le fait repousser par beaucoup de chirurgiens. Il expose parfois au rétrécissement consécutif (TRÉLAT), et ne met pas de plus à l'abri de la récurrence (SEGOND, NÉLATON). Dans un cas (PÉRIER), il se fit consécutivement une rupture de la cicatrice avec hernie de l'intestin.

Bien que n'étant pas une opération très grave, la résection au bistouri a une proportion de morts qui n'est pas insignifiante : LENORMANT a réuni 98 cas avec 11 morts, soit 11,2 p. 100, et, si

les opérés de BOGDANIK, de TRENDELEBURG et de FRANK ont succombé à la variole, à l'urémie, à une invagination iléo-cæcale, tous les autres sont morts de septicémie ou de péritonite.

Les *récidives* paraissent rares et LENORMANT n'en relève que six cas, mais plus de la moitié des malades ont été perdus de vue dès leur sortie de l'hôpital.

La récidive est facile à expliquer; après l'opération de MIKULICZ il reste un cul-de-sac péritonéal anté-rectal qui descend jusqu'à l'anus. C'est une amorce pour une nouvelle hernie; les anses intestinales continueront à venir s'y loger, le déprimeront de plus en plus et le prolapsus se reformera. La résection n'est donc pas l'opération de choix.

Il est juste pourtant de dire que quelques guérisons ont été constatées à une date éloignée (huit ans chez une opérée de KRÖNLEIN).

Le plus grand reproche qu'il faille faire à la résection, ce qui crée son infériorité par rapport aux opérations conservatrices, c'est la suture qu'on laisse dans le rectum exposée à l'infection et aux tiraillements mécaniques, d'où désunion, ascension du bout supérieur et plus tard *rétrécissement*. LENORMANT a trouvé 14 cas de sténose consécutive plus ou moins accentuée (soit une proportion de 14,3 p. 100), et, chez 5 de ces malades, le chirurgien a dû intervenir ultérieurement par la rectotomie ou la colostomie pour des accidents urgents d'occlusion (cas de BOGDANICK, CHAPUT, CARLIER, KRAJEWSKI, et un cas personnel).

Nous croyons, pour toutes ces raisons, que sauf certaines complications dont nous reparlerons, la résection doit céder le pas dans le traitement du prolapsus aux opérations conservatrices et qu'on peut conclure qu'elle est parfois une méthode de nécessité, mais jamais une méthode de choix.

NÉLATON, pour prévenir la récidive, a réséqué non seulement l'intestin prolapsé, mais encore toute l'anse du colon pelvien susceptible de descendre ultérieurement et de causer une récidive. Par la laparotomie on sectionne d'abord le méso de l'anse sigmoïde. Le ventre est alors fermé et l'intestin libéré est

¹ NÉLATON. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, t. XV.

réséqué au ras de l'anus et suturé à la peau. NÉLATON réséqua 26 centimètres d'intestin, mais son malade mourut. Ce procédé n'en est pas moins capable de rendre service; il convient surtout aux invaginations.

B. RÉSECTION DE LA MUQUEUSE

De la résection totale du prolapsus il convient de rapprocher le procédé que DELORME¹ a imaginé en 1898 et qu'il a décrit à la Société de chirurgie en mai 1900. Ce procédé consiste essentiellement dans l'*excision étendue de la muqueuse rectale ou recto-côlique*. C'est l'ablation pure et simple de la muqueuse, réservée jusqu'ici au traitement des prolapsus muqueux, par TRÈVES, TESSON (d'ANGERS), etc., appliquée à la cure du prolapsus total. L'opération de DELORME consiste dans la dissection toujours très sanglante et parfois difficile, d'un manchon muqueux long de 15, 20 et même 30 centimètres (dans un cas DELORME alla jusqu'à réséquer 80 centimètres de muqueuse). Lorsque le manchon muqueux ne peut plus être attiré sans effort, on s'arrête dans la dénudation et l'on procède à l'excision et à la suture. Cette suture consiste en 4 points en U, points de soutien placés aux points cardinaux, complétés par une suture fine intermédiaire.

JUVARRA² (de Bucarest) ajoute à la résection de la muqueuse le *plissement transversal de la tunique musculaire* mise à nu; il la transforme ainsi en un anneau épais qui est réduit et fixé dans l'épaisseur du périnée au-dessus du sphincter externe.

Dans ses dernières opérations DELORME lui aussi a pratiqué ce plissement musculaire.

Sept malades ont été opérés par ce procédé, et sur ces sept malades deux sont morts, tous deux d'infection. Le malade de DELORME a succombé à une péritonite et celui de POIRIER à un adéno-phlegmon iliaque. Chez les deux, les sutures avaient lâché et la muqueuse était remontée, chez l'un à 6 centimètres, chez

¹ DELORME. Sur le traitement des prolapsus du rectum totaux par l'excision de la muqueuse rectale ou recto-côlique. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 9 mai 1900, p. 499.

² JUVARRA. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 19 juin 1901, p. 723.

l'autre à 10 centimètres de l'anus. On juge du « formidable rétrécissement » qui se serait produit si les malades avaient survécu.

Dans les autres cas le résultat a été bon et la guérison s'est maintenue, jusqu'à présent du moins.

La méthode ne nous en paraît pas moins aléatoire; si le succès, comme le pense DELORME, est dû à ce que « après le sacrifice d'un grand manchon de muqueuse celle qui reste plus ou moins tendue forme une sangle élastique capable de résister aux pressions abdominales », le danger est, comme le dit fort bien P. DELBET¹, « d'escompter la résistance d'une muqueuse qui n'est pas résistante ». Cette muqueuse tendue se coupera sur les fils, elle remontera, et « s'il ne se fait pas d'infection mortelle, il se produira infailliblement un rétrécissement ou même une atrésie effroyable ». Aussi bien n'est-ce pas ainsi qu'agit l'opération de DELORME. C'est beaucoup plutôt par le tassement, la plicature des fibres musculaires mises à nu par l'ablation de la muqueuse. Mais ce tassement, n'est-il pas aussi facile et moins dangereux de le réaliser par une rectorrhaphie externe que l'on peut d'ailleurs combiner à la pexie comme dans le procédé que j'ai proposé? Si l'on m'objecte qu'après la rectococcyxexie, la muqueuse reste exubérante, je répondrai que ce léger prolapsus muqueux n'a d'ordinaire aucun inconvénient et qu'il est facile d'ailleurs de le faire disparaître.

C. OPÉRATIONS CONSERVATRICES

« C'est en partant d'idées théoriques qu'ont été imaginées toutes les opérations conservatrices dans la cure du prolapsus rectal : ceux qui croient qu'il y a primitivement insuffisance du plancher pelvien, essaient de reconstituer le périnée; — ceux qui incriminent la largeur du rectum et la faiblesse de ses parois s'efforcent de le rétrécir et de le tonifier; — ceux enfin qui attribuent le prolapsus au relâchement des moyens de fixité supérieurs du

¹ P. DELBET. Rapport sur le mémoire de Juvarrà. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 19 juin 1901, p. 723.

rectum, le suspendent, soit au squelette pelvien, soit à la paroi abdominale » (LENORMANT).

Voyons successivement les moyens qui réalisent ces desiderata théoriques.

a. *Opérations qui rétrécissent l'anus et reconstituent le plancher pelvien.*

Nous rangeons dans le même groupe les procédés qui ont pour but de reconstituer le plancher ano-périnéal et ceux qui cherchent à diminuer le calibre de l'ampoule, car en pratique, on les associe toujours. Tous ces procédés d'ailleurs ne sont que l'adaptation au prolapsus du rectum des diverses méthodes employées dans le traitement des prolapsus vaginaux. Un rectum dilaté se retourne facilement et se prolabe à travers un anus dilaté, un rectum étroit à parois épaisses, ne pourra descendre à travers un orifice anal étroit.

Frappés de la béance de l'anus et de l'insuffisance sphinctérienne, les chirurgiens se sont efforcés d'y remédier, soit en réveillant la contractilité musculaire, soit en obtenant le rétrécissement artificiel de l'orifice anal.

On a cherché à agir sur la fibre musculaire par des *médicaments* (strychnine, ergotine qui aurait donné à LANGENBECK 40 guérisons sur 13 cas), par le *massage*, l'*électrisation*, les *pointes de feu profondes* de GUERSANT atteignant le sphincter. Ce sont là des adjuvants parfois utiles, mais ils ne sont pas capables à eux seuls de donner la guérison.

On cherchait autrefois à obtenir le rétrécissement de l'anus par de larges *cautérisations circonférentielles* (DIEFFENBACH); on n'arrivait ainsi qu'à produire un anus cicatriciel inextensible. Encore était-ce le moindre des accidents; un malade de FISCHL est mort d'érysipèle à la chute des eschares. Mieux vaut la méthode sanglante.

DUPUYTREN, de quelques coups de ciseaux courbes, excisait quelques plis rayonnés de l'anus; c'était loin d'être suffisant.

ROUX et ROBERT firent davantage et réséquèrent un triangle cutané à base anale, à sommet coccygien. Les surfaces ainsi avivées étaient réunies par des sutures profondes comme dans une périnéorrhaphie. Comme résultat ils obtenaient un péri-

née postérieure plus résistant et un anus légèrement rétréci.

DURET¹ fit avec succès une recto-périnéorrhaphie tout à fait comparable à la colpo-périnéorrhaphie des prolapsus vaginaux. Il y a ajouté la recto-périnéorrhaphie antérieure de SCHWARTZ². Son procédé est exposé en détail dans la thèse de son élève MASSON³ : « On enlève sur les faces antérieure et postérieure du prolapsus laissé au dehors, des lambeaux elliptiques de muqueuse, s'étendant souvent du sommet à la base. On supprime le trop d'étoffe⁴ et la muqueuse de l'ampoule n'est plus représentée que par deux bandes latérales.

« On oblitère ensuite les pertes de substance par une double suture continue à la soie. La suture profonde plisse longitudinalement la couche fibro-musculaire, comme le ferait en dehors la suture de GÉRARD MARCHANT. La suture superficielle affronte les bords de la muqueuse. Au fur et à mesure que les sutures avancent, le prolapsus se réduit et bientôt toute la cavité de l'ampoule est transformée en un cylindre régulier et de petit calibre comme le vagin après la colporrhaphie.

« Nous faisons ensuite après excision de lambeaux triangulaires des téguments du périnée très élargi, une périnéorrhaphie antérieure et postérieure selon des procédés connus. Nous remédions ainsi à l'élargissement toujours considérable du sphincter anal. »

La proctectomie de ROBERTS⁴ est une opération analogue, mais au lieu de se contenter d'un avivement comme DURET, ROBERTS préfère après dénudation de la face postérieure du rectum faire l'excision d'un lambeau triangulaire comprenant toute l'épaisseur de cette paroi. On diminue ainsi l'ampoule rectale en même temps qu'on rétrécit l'orifice anal. Ce procédé est surtout indiqué lorsque le prolapsus est accompagné d'un ulcère incurable.

¹ DURET. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 21 janvier 1887. — *Bull. et Mém. de la Soc. Chir.*, 8 mai 1900, p. 472.

² SCHWARTZ. *Congrès français de Chirurgie*, 1889.

³ MASSON. *Essai sur la pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum. Thèse de Paris*, 1894.

⁴ ROBERTS. *Annals of Surgery*, 1890; *Americ. Journ. med. Sc.*, Philadelphia, 1893, p. 539.

KEHRER a réalisé deux fois le rétrécissement sphinctérien par un procédé original qui consiste, après mise à nu du sphincter, à attirer en anse une partie de la circonférence du muscle et à suturer les deux branches de l'anse ; le sphincter se trouve raccourci d'autant. C'est, en somme, une *exclusion par plicature* d'un segment de l'anneau musculaire.

WREDEN a eu l'idée d'appliquer au rectum prolapsé la torsion *spiroïde* que GERSUNY pratique après l'amputation du rectum. Ce procédé, mauvais parce qu'il énerve complètement le sphincter et le condamne à une atrophie définitive, n'a été employé, en dehors de son auteur, que par LUDLOW qui a eu un insuccès ; mais après résection du prolapsus, CHAPUT et LIERMANN l'ont mis en usage et KUMMER (de Genève) l'a exécuté avec succès pour guérir un prolapsus survenu dans un anus sacré.

Il faut étudier plus complètement la méthode que THIERSH a proposée en 1891 au congrès de Halle. L'opération fort simple et ne nécessitant ni l'anesthésie générale, ni l'hospitalisation consécutive, consiste à placer au pourtour de l'anus une suture perdue au fil d'argent qu'on serre sur l'index. Pratiquée par LÜCKE, von BRAMANN, BENISOVIC, ROTTER, cette méthode a été très chaudement défendue par ces chirurgiens qui en font le procédé de choix dans la cure de tous les prolapsus rectaux ; c'est aussi l'avis de PLATT qui, aux Etats-Unis, a opéré d'une façon très analogue.

GOLDMANN¹ (de Strasbourg) et HOHLFELD² (de Halle) ont aussi obtenu par cette méthode quelques bons résultats immédiats.

En fait, il semble qu'il y ait dans cet enthousiasme quelque exagération ; réunissant les observations des auteurs précédents, LENORMANT trouve 20 cas avec 4 récidives (20 p. 100) ; mais de plus, la moitié des opérés (9) sont des enfants de moins de cinq ans, c'est-à-dire des malades qui auraient très probablement guéri sans intervention sanglante, et, toutes les fois que le fil a

¹ GOLDMANN. Ueber Mastdarmvorfall mit Besonderer Berücksichtigung der Thiersch'schen Operation. *Inaug. Diss.*, Strassburg, 1892.

² HOHLFELD. Die Behandlung des prolapsus recti mit Veröffentlichung von 6 Fällen. *Inaug. Diss.* Halle, 1896.

été enlevé, la récurrence est survenue. Il faut donc le laisser indéfiniment à demeure, ce qui ne va pas toujours sans inconvénient ; un opéré de LÜCKE eut de l'occlusion intestinale consécutive et il fallut enlever le fil. Il faut donc attendre de nouveaux cas avant d'admettre l'efficacité de l'opération de THIERSCH.

Le relâchement du sphincter, nous l'avons vu, n'est que peu de chose comparativement à l'insuffisance du périnée dans la pathogénie du prolapsus, et ceci nous explique que les reconstitutions du plancher pelvien donnent de meilleurs résultats que les opérations précédentes. Bien qu'on ait d'ordinaire combiné cette reconstitution au rétrécissement de l'ampoule et fait, comme nous le verrons, des rectopérinéorrhaphies, quelques chirurgiens ont exécuté avec succès des *périnéorrhaphies* isolées, surtout chez des femmes atteintes de déchirures du périnée ou de prolapsus génital. A la *périnéorrhaphie postérieure* faite par TUFFIER, nous préférons, avec ALBERT (de Vienne), SCHWARTZ, WEIL (de Teplitz), de OTT, la *périnéorrhaphie antérieure* qui a l'avantage, sur lequel ont insisté DELBET et LENORMANT, de rendre au canal anal son obliquité normale en arrière et de mettre l'anus dans un axe différent de celui de l'ampoule.

Il s'agit là de périnéorrhaphies par avivement et suture ; on a pratiqué également des *périnéoplasties à lambeaux* (DURET, SCHWARTZ).

SIMPSON (d'Edimbourg) décolle la muqueuse rectale, et suture ensuite les surfaces cruentées, faisant ainsi une opération absolument calquée sur la *périnéorrhaphie par dédoublement* de LAWSON TAIT.

La plus récente des opérations qui aient été proposées pour reconstituer le plancher pelvien a été imaginée par NAPALKOFF (Congrès de Moscou, 1900). Elle n'a été exécutée que sur le cadavre et attend encore la sanction clinique ; nous disions, dans une discussion récente de la Société de chirurgie, que « la cure radicale de la hernie périnéale est encore à trouver et est peut-être l'opération de l'avenir » ; c'est cette cure radicale que pratique le chirurgien russe en la complétant par une myorrhaphie soignée des releveurs de l'anus. Une incision curviligne, à 1 centimètre en avant de l'anus, met à nu la face inférieure de ces

muscles et découvre, entre eux, le sac de la hernie périnéale (hédrocèle) ; on isole ce sac, comme dans toute cure radicale, on l'ouvre et on réduit son contenu ; on le ferme par une ligature, s'il se laisse pédiculiser, sinon par une suture, on le sectionne et on rentre le moignon dans le bassin. Il ne reste plus qu'à fermer l'anneau herniaire, c'est-à-dire la porte médiane intermédiaire aux releveurs ; pour cela, on tasse le tissu musculaire de chaque côté par des points en U qui raccourcissent longitudinalement les releveurs, puis on suture sur la ligne médiane le bord interne des deux muscles. — C'est une intervention très rationnelle et qui vaudrait la peine d'être essayée.

b. *Opérations qui rétrécissent l'ampoule rectale.*

On peut rétrécir l'ampoule en même temps qu'on intervient sur le périnée, et nous avons étudié plus haut les procédés de rectopérinéorrhaphie de DURET et de ROBERTS. Les *rectorrhaphies internes* ont un inconvénient majeur. La suture exposée au contact des matières fécales peut s'infecter, d'où désunion, suppurations péri-rectales plus ou moins étendues et finalement production de tissu cicatriciel.

C'est pour éviter ce danger que LANGE¹ (de New-York) a proposé de réaliser le rétrécissement de l'ampoule par *voie extra-rectale*, de faire en un mot une *rectorrhaphie externe*. Après incision postérieure et résection du coccyx, il fait sur la face postérieure du rectum une série de sutures au catgut disposées en étage sur la ligne médiane et comprenant toute l'épaisseur du rectum sauf la muqueuse. En serrant les fils, il obtient un repli muqueux faisant saillie à l'intérieur de l'intestin et diminuant ainsi le calibre de ce dernier. Il réunit ensuite, par d'autres sutures, les fibres musculaires du releveur de l'anus et celles du sphincter qui ont été avivées, puis les lèvres de l'incision tégumentaire.

Par ce procédé le danger d'infection par le contenu intestinal est supprimé ; c'est ce qui fait l'avantage de l'opération de LANGE et des pexies que nous allons étudier maintenant.

¹ LANGE. *New-York med. Journ.*, 19 février 1887.

c. *Opérations qui suspendent le rectum après réduction du prolapsus.*

La suspension peut porter directement sur le rectum qu'on fixe aux parois pelviennes ou se faire indirectement par l'intermédiaire de l'anse pelvienne du colon qu'on amarre à la paroi abdominale antérieure; les deux opérations *rectopexie* et *colopexie* sont nées simultanément en France; c'est en 1889, en effet, que JEANNEL exécuta la première colopexie et VERNEUIL la première rectopexie.

1° RECTOPEXIE

VERNEUIL découvrait la paroi postérieure du rectum par excision d'un lambeau losangique ano-coccygien; dans cette paroi postérieure, il passait transversalement 3 ou 4 crins de Florence non perforants dont les chefs passaient dans chacune des lèvres de la plaie cutanée; ces crins étaient tendus et noués deux à deux de chaque côté de la ligne médiane et la paroi postérieure de l'ampoule se trouvait ainsi remontée et attirée en arrière. Ce procédé, qui laissait au rectum élargi toute son ampleur et qui ne fixait l'intestin qu'à la peau rétro-anale, était manifestement insuffisant et, à côté de quelques beaux succès, il donna à son auteur d'assez nombreux échecs.

L'année suivante¹ (1890), opérant un cas de prolapsus à la manière de VERNEUIL, je fus frappé du bombement de l'ampoule trop large dans la plaie et j'eus l'idée de la raccourcir en hauteur par une série de plicatures horizontales assurées par des catguts perdus; de plus, pour donner un point d'appui plus solide au rectum, je fis passer les fils fixateurs dans le tissu fibreux très dense péricoccygien: l'opération devenait donc une *rectococypexie avec rectorrhaphie horizontale*. Je l'ai pratiquée un certain nombre de fois et cette manière de faire a trouvé des imitateurs nombreux; elle a donné des succès de trois ans, de cinq ans (JEANNEL, BAZY), de sept ans (LATOUCHE), de neuf ans (LEJARS).

Depuis, j'ai été amené à modifier quelques points de détail à

¹ GÉRARD MARCHANT. *Bull. de la Soc. de Chir.* 31 décembre 1890.

cette technique primitive, telle qu'elle avait été exposée par SOULIÉ (thèse de Paris, 1891). Voici comment j'opère maintenant:

Je fais sur la ligne médiane post-anale une incision longitudinale qui commence à environ 2 ou 3 centimètres de l'anus et

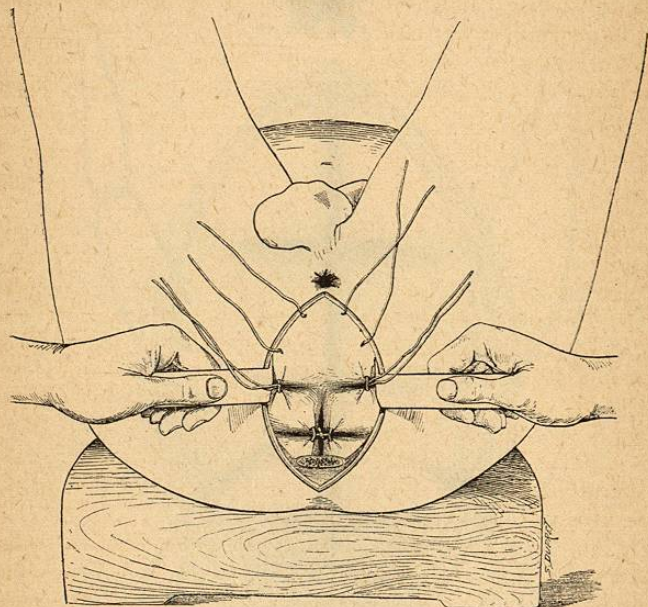


Fig. 33.

Recto-coccygia. — Placement des fils destinés à réaliser le plissement du rectum en hauteur et en largeur. (GÉRARD MARCHANT.)

se termine à peu près au niveau de l'articulation sacro-coccygienne¹.

Cette incision respecte le sphincter anal mais met à nu l'am-

¹ Quand le périnée est très distendu on peut, comme je l'ai indiqué primitivement, faire une incision losangique et exciser le segment cutané circonscrit par cette incision.

poule et la face postérieure du coccyx, dont j'ai coutume de réséquer l'extrémité pour augmenter l'étendue du champ opératoire.

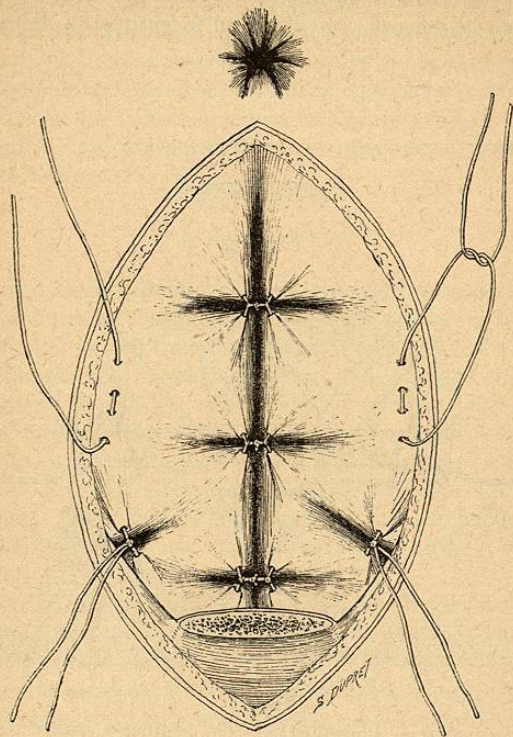


Fig. 34.

Recto-coccyxie. — Deux autres fils placés latéralement le plus loin possible, permettent de rétrécir encore le calibre du rectum et vont servir de fils fixateurs. (GÉRARD MARCHANT.)

J'ai ainsi largement exposée la face postérieure du rectum. Je réalise tout d'abord le plissement transversal, en « lanterne vénitienne », par une série d'anses placées verticalement de chaque côté de la ligne médiane.

Ces anses sont ensuite nouées l'une à l'autre de manière à produire un nouveau plissement, mais dans le sens longitudinal

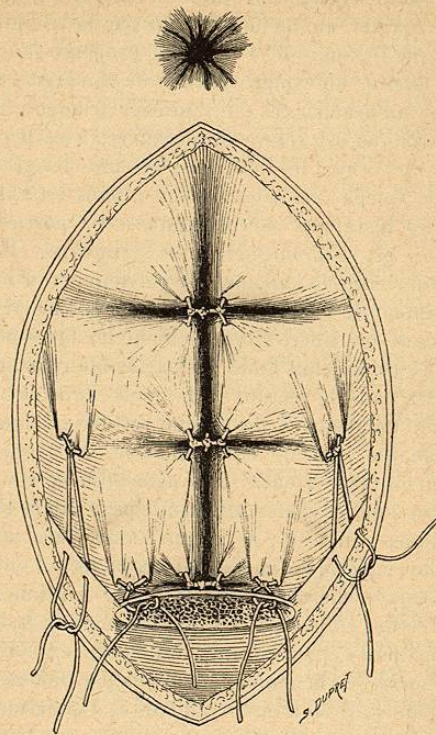


Fig. 35.

Recto-coccyxie. — Le rectum va se trouver fixé aux tissus fibreux précoccygiens et latéralement aux ligaments sciatiques. (GÉRARD MARCHANT.)

cette fois. Cette manœuvre a de plus pour autre résultat de me rendre accessibles les faces latérales de l'ampoule et de me permettre de placer très loin sur le côté une nouvelle série d'anses verticales, qui une fois nouées vont me servir de fils fixateurs.