

à surjet, qui ne vaut pas la suture entortillée. La principale difficulté est de ménager soit le rectum, soit le vagin. Velpeau avait mis à exécution, dès 1835, pour une chute de l'utérus, un procédé digne d'être rapporté ici.

Procédé de Velpeau. — Il accroche le plus haut possible la crête médiane postérieure du vagin avec une érigne, et la fait accrocher en bas de la même manière par un aide qui doit tirer sur les deux érignes de manière à faire former un pli vertical à la paroi du vagin. Il porte alors l'indicateur gauche dans le rectum pour protéger l'intestin; et de la main droite armée d'une aiguille courbe, il passe trois ou quatre fils doubles à la base du pli vaginal. Puis, avec un bistouri, il enlève les parties comprises dans ce pli jusqu'à 6 à 7 millimètres des fils et termine en serrant ceux-ci comme dans la suture entrecoupée.

Il n'a pas dit comment il s'y prenait pour protéger la vessie; Hugier, qui a pratiqué l'excision de ce côté à l'aide de deux incisions elliptiques, prend soin d'introduire au préalable dans la vessie son petit doigt.

2° *Suture sans excision. Procédé de Jobert.* — Il pratique sur la partie dilatée du vagin deux incisions verticales à peu près parallèles, distantes de 2 à 3 centimètres, et les réunit l'une à l'autre par la suture entortillée, laissant ainsi en arrière de la suture un repli de la muqueuse vaginale.

3° *Ligature. Procédé de Bellini.* — la portion à enlever étant saisie et attirée à l'aide d'une double érigne, il la cerne à sa base avec un fil qui traverse d'abord la paroi vaginale dans une étendue de 5 à 6 millimètres, parcourt une étendue pareille à la surface de la muqueuse, et recommence ainsi à la manière de la vieille suture en faufil ou à points passés. Il doit décrire de cette manière une sorte d'U renversé, \cap ; en sorte que les bouts du fil sortent près de l'orifice extérieur. Il serre alors les deux bouts qui étreignent les parties à la manière du cordon d'une bourse, et les assure par un double nœud assez serré pour produire l'étranglement.

Procédé de Huguier. — Il porte au préalable le petit doigt dans la vessie ou l'indicateur dans le rectum pour protéger ces viscères; attire avec des pinces de Museux la partie à retrancher, de manière à lui faire former un pli, et passe à la base de ce pli deux épingles en croix qu'il serre par une ligature. Si la perte de substance lui paraît insuffisante, il place deux autres épingles à quelque distance des premières, serrées de même avec un fil; et il

réunit le tout avec un fil solide qu'il laisse en place jusqu'à la chute des parties étranglées et sphacélées.

Nous pourrions ajouter à ces procédés un certain nombre d'autres; mais comme ils s'appliquent surtout à la guérison du prolapsus utérin, nous les retrouverons en parlant du traitement de cette maladie et c'est à cette occasion que nous pourrions examiner la question de leur efficacité et de la durée de la guérison.

IX. — Déchirure du périnée.

La déchirure du périnée est complète ou incomplète. On a vu des déchirures incomplètes au centre et en arrière; lésions fort rares, et qui guérissent généralement par la seule puissance de la nature. Il est beaucoup plus commun que le périnée soit déchiré en avant; et alors il y a deux degrés principaux: ou bien la déchirure est limitée à la fourchette, ou elle se porte en arrière jusqu'au voisinage de l'anus, dont le sphincter seul a résisté. La déchirure complète se présente également à deux degrés, selon que le périnée seul est déchiré, ou que la déchirure remonte plus ou moins haut sur la cloison recto-vaginale.

Les déchirures limitées à la fourchette sont généralement négligées. Quand elles se prolongent un peu en arrière, on peut y appliquer quelques points de suture entrecoupée. On réussirait probablement aussi bien avec les cautérisations répétées, selon le procédé de J. Cloquet déjà cité pour les fissures du voile du palais (p. 248); J. Cloquet a même appliqué ce procédé aux déchirures complètes, et il a rapporté cinq cas de guérisons obtenues par l'emploi de nitrate acide de mercure, du caustique de Vienne, et principalement du cautère actuel.

Le plus souvent la déchirure s'étend plus loin; elle peut intéresser une partie plus ou moins grande du sphincter, le diviser dans sa totalité jusque et y compris la muqueuse anale; elle peut enfin se prolonger sur la cloison qu'elle sépare dans une étendue plus ou moins grande; les trois cas sont très différents comme gravité, les chances de réussite par l'opération de la périnéorrhaphie sont bien différentes suivant que la déchirure intéresse ou non la cloison et je montrerai qu'à chacun de ces cas conviennent certaines opérations.

À la déchirure *incomplète* du périnée s'appliquent les opérations qui ont pour but de rétrécir l'orifice vulvaire; celles de Baker Brown, Martin, Emmet que nous verrons plus loin en parlant du prolapsus de l'utérus. Nous ne nous occuperons ici que de

celles qui s'appliquent à la déchirure complète, intéressant tout le sphincter, et, ce qui est plus grave encore le sphincter et la cloison.

Guillemeau paraît être le premier qui ait tenté, par la suture, de réunir les bords d'une déchirure périnéale. L'opération ne fut reprise qu'au commencement du XVIII^e siècle. De la Motte 1704, Smellie, Noel (de Reims) 1794, Murena 1796, Saucerotte 1797, Menzel 1799, la tentèrent avec des succès divers. Dieffenbach la remit en honneur en Allemagne, Roux à partir de 1832 la vulgarisa en France. Depuis vingt ans les procédés se sont si fort multipliés qu'il serait difficile de les énumérer tous et plus difficile encore de les distinguer les uns des autres, car la plupart ne sont que des procédons ne différant des procédés antérieurs que par des nuances imperceptibles, ou même n'en différant nullement. On peut les classer en procédés par autoplastie, par suture simple, assurant le rapprochement par des incisions libératrices ou par des sutures supplémentaires.

Autoplastie. — Appliquée par Langenbeck, par Bischoff, elle emprunte un lambeau à la paroi postérieure du vagin, dédoublée de celle du rectum.

Procédé de Langenbeck. — Il commence par aviver l'éperon cicatriciel qui borde la déchirure de la cloison, en enlevant un iséré avec les ciseaux. Puis, la cloison étant tendue à l'aide de deux doigts portés dans le rectum, il fait sur sa face vaginale une incision transversale semi-circulaire à convexité inférieure ne comprenant que le feuillet vaginal; poursuit des deux côtés l'incision dans une étendue d'un peu plus d'un centimètre, dissèque de bas en haut le lambeau ainsi circonscrit et qui, en haut, reste adhérent par sa base. Cela fait, il avive de chaque côté les parties latérales de la vulve, comme on le fait dans tous les procédés de périnéorrhaphie, passe les fils, d'abord dans le bord supérieur de cet avivement, puis dans les bords du lambeau, lequel se trouve ainsi attiré en avant et vient fermer ou plutôt cacher la ligne de réunion vaginale des deux lèvres de la vulve, rapprochées par des points de suture. Il termine par les incisions périnéales libératrices de Dieffenbach.

Suture simple. Procédé de Roux. — Il avait exclusivement employé la suture enchevillée que nous retrouverons dans d'autres procédés. Il avive la solution de continuité, puis passe transversalement trois fils doubles dont le moyen remonte jusque dans la cloison. Ces fils sont serrés de chaque côté sur des bouts

de sonde. Comme cette suture laisse quelque peu bâiller la plaie à l'extérieur, on y remédie par trois points de suture entrecoupée.

Incisions latérales au périnée. Procédé de Dieffenbach. — Il réunit d'abord le centre de la division par un point de suture entrecoupée, ajoute deux points de suture entortillée en avant et deux autres en arrière; et enfin, si la cloison est divisée, il y fait deux points de suture entrecoupée passée à l'aide d'une aiguille à coudre très fine. Puis, après avoir serré toutes ces sutures, il pratique de chaque côté du périnée une incision semi-lunaire à convexité externe qui, commencée à 12 ou 13 millimètres du bord postérieur de la grande lèvre, s'écarte en dehors jusqu'à 2 centimètres de la déchirure, et revient aboutir à un centimètre en avant et sur le côté de l'anus. Ces incisions, outre le relâchement en travers des parties qu'elles circonscrivent, font que celles-ci s'affaissent de 13 millimètres environ au-dessous du niveau des téguments ambiants, ce qui détermine également un relâchement de bas en haut.

Incisions du sphincter. Procédé de Baker Brown. — Immédiatement après l'avivement, il porte dans l'anus un bistouri boutonné avec lequel il pratique de chaque côté du sphincter, à 6 millimètres de son attache coccygienne, une incision dirigée en dehors et en arrière dans une étendue de 3 à 5 millimètres. Après quoi trois points de suture enchevillée opèrent le rapprochement de la déchirure, dont les bords supérieurs sont réunis par des points de suture entrecoupée; et l'on place un plumasseau trempé d'huile dans chaque incision du sphincter.

Dédoublement de la cloison vagino-rectale. Procédé de Demarquay. — Le procédé appliqué par l'auteur en 1858 s'exécute de la manière suivante : On enlève de chaque côté deux lambeaux triangulaires dont la base regarde la fesse et dont le sommet tronqué correspond à l'éperon de la cloison déchirée. Dans un second temps on dissèque de chaque côté les muqueuses du vagin et du rectum qui forment les bords supérieurs et inférieurs du V dessiné par l'avivement, et on en forme deux petits lambeaux d'un centimètre de hauteur. Après quoi on procède à la suture : 1^o du vagin, 2^o du rectum, 3^o du périnée. La suture terminée on pratique de chaque côté les deux incisions libératrices de Dieffenbach.

Le procédé de Demarquay me paraissait remplir une indication

importante, celle de prévenir par deux plans de sutures l'infiltration des matières vaginales et rectales dans la plaie; mais le simple avivement de l'éperon me paraissait insuffisant parce qu'il exposait à la non réunion à ce niveau; et en effet, dans sa première opération, Demarquay ne put empêcher une fistule recto-vaginale. J'ajoute que Demarquay dissèque la muqueuse rectale qu'il me paraît important de ménager. Ces considérations m'amènent à modifier son opération en la rendant plus complète et plus sûre. Il y a une telle confusion dans la dénomination des procédés que je crois utile de dire que si celui que je vais décrire comme le mien est dérivé de celui de Demarquay, il est à peu près identique à celui que l'on décrit quelquefois sous le nom de procédé de Richet. Si je le décris comme mien, c'est parce que ma première opération faite le 25 novembre 1868, publiée le 2 mars 1869, a précédé de quelques jours celle qu'a pratiquée Richet. Elle en diffère toutefois en ce que je fais la suture rectale et les incisions libératrices de Dieffenbach. Les procédés de Sée, Polaillon ne diffèrent guère des précédents; quant à ceux d'Hildebrand, de Hegar et Kaltenbach, ils sont de plusieurs années postérieurs aux opérations de Richet et de moi.

Procédé de Léon Le Fort. — Il s'applique aux déchirures complètes portant sur une grande étendue de la cloison. Après avoir écarté les bords de la vulve, je fais sur la partie médiane de la cloison intacte et à partir de l'angle de réunion de ses débris (au point C, fig. 749) une incision de un centimètre de longueur qui n'intéresse que son feuillet vaginal, c'est-à-dire la moitié de son épaisseur; puis, une incision légèrement convexe en bas est menée de chaque côté suivant la ligne C D E, en remontant jusqu'au point E. Du même point de départ, C, une seconde incision CG longe la partie rectale des débris de la cloison, mais sans intéresser la muqueuse rectale et arrive jusque sur les côtés de l'anus. Ces deux incisions écartées à angle aigu sont réunies par une troisième incision courbe E I G, et dessinent un triangle H dans l'aire duquel la peau et la cicatrice sont enlevées afin d'avoir de chaque côté une surface triangulaire avivée. Cela fait, saisissant avec des pinces à griffes le feuillet vaginal de la cloison et le bord antérieur de l'incision C D E, je le dédouble par la dissection jusqu'à la ligne pointillée C E, ce qui me donne un petit lambeau vaginal D qui viendra se réunir par accolement de sa face profonde cruentée avec celui de l'autre côté. Il me reste alors à effectuer la réunion. Pour ce qui regarde la cloison, elle se fait sur trois plans : un plan rectal formé par la suture des

deux bords du rectum; un plan vaginal constitué par la suture des deux petits lambeaux D; un large plan intermédiaire formé par le rapprochement des deux triangles avivés H.

Pour reconstituer la partie rectale je place le long des incisions CG qui longent le rectum et l'anus des points de suture entrecoupés,

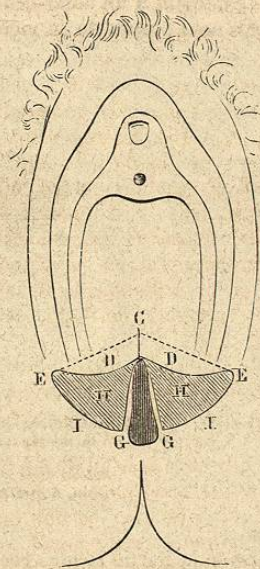


FIG. 749.

Procédé de L. Le Fort. — Tracé des incisions.

en commençant au-dessous de l'éperon C. Pour cela, l'aiguille est introduite le long du bord gauche et menée du rectum vers le vagin, puis dans la lèvre droite de l'incision (fig. 750), du vagin vers le rectum. Ce premier point de suture étant serré, un second est placé de la même manière et successivement un troisième et même un quatrième jusqu'à ce que la paroi antérieure du rectum soit reconstituée jusqu'à l'anus. Ce temps de l'opération effectué, le rectum est, par un feuillet mince il est vrai, complètement reconstitué et séparé du vagin.

Cela fait, je passe à la réfection de la partie intermédiaire de

la cloison pour rapprocher, dans la partie qui répondra à la cloison, les surfaces triangulaires cruentées H. Un premier fil (fig. 751) est introduit au-delà de la ligne CE, point où adhère la base du petit lambeau vaginal. Il chemine de haut en bas et de droite à gauche dans l'épaisseur des parties molles avivées au niveau du triangle H; reparaît sur la ligne médiane, remonte de bas en haut et à la même profondeur dans la lèvre gauche de la plaie pour venir ressortir également à un demi-centimètre de la ligne CE. Trois ou quatre fils sont passés de la même manière dans la

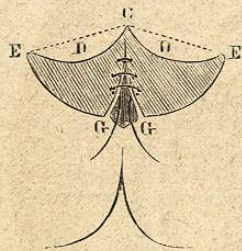


FIG. 750.

Reconstitution de la paroi rectale; trajet des sutures.

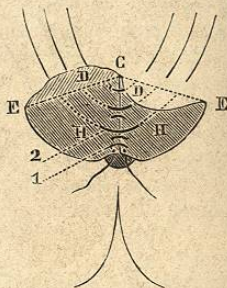


FIG. 751.

Reconstitution de la cloison. 1. Sutures de la muqueuse rectale dont les chefs sortent par l'anus. 2. Sutures de la cloison dont les chefs sortent par le vagin. A gauche le lambeau vaginal D est relevé.

partie qui devra reformer la partie la plus reculée de la cloison. Pendant tout le temps de l'introduction de ces fils, l'index gauche placé dans le rectum guide l'aiguille et s'assure qu'elle ne pénètre pas dans l'intestin.

Ces fils sont placés, mais non serrés. Leur striction ne sera faite qu'après le placement des fils qui devront reconstituer le périnée et le sphincter. Ces fils (fig. 753) sont au nombre de deux ou trois suivant la hauteur du périnée. L'aiguille pénètre à un centimètre ou un centimètre et demi du bord périméal du triangle avivé H. Un premier fil d'argent (1, fig. 753) introduit au point E (fig. 751) pénètre jusqu'au niveau de l'éperon et vient ressortir sur la fesse opposée au point correspondant. Un second fil (3, fig. 752) est conduit moins profondément et assez près de la muqueuse rectale, il ne va pas jusqu'à la cloison et il est destiné à maintenir le

sphincter reconstitué. S'il est nécessaire, je place un troisième fil (2, fig. 752) intermédiaire aux précédents. Les chefs de ces trois fils sont engagés de chaque côté et chacun dans un bout de sonde de gomme élastique percée de trous et ils sont retenus en position par des tubes de Galli. L'action de ces fils s'exerce sur les parties profondes de l'avivement et tendent à rapprocher la cloison va-

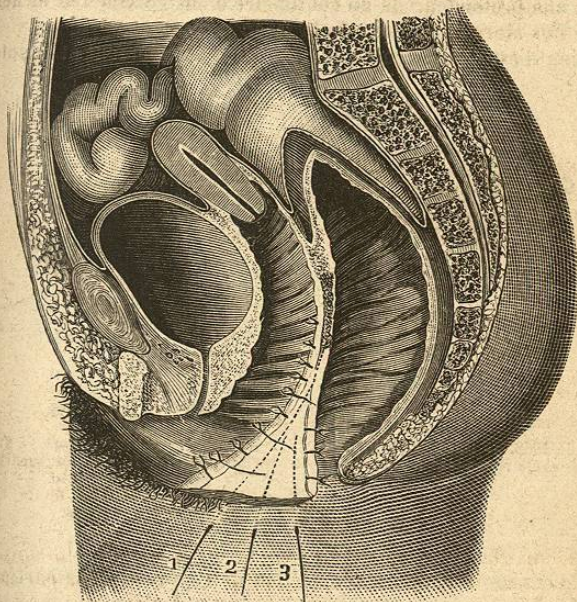


FIG. 752.

Procédé de Le Fort (1868). Schéma des sutures.

gino-rectale de la surface du périnée. Avant d'appliquer les sondes et de serrer ces fils, je serre les fils vaginaux que je maintiens en place avec des tubes de Galli, et au fur et à mesure que je les serre, je place quelques sutures superficielles qui réunissent l'un à l'autre les petits lambeaux vaginaux D D. Une fois les sutures serrées, je fais, s'il y a un peu de tension, les débridements de Dieffenbach.

C'est ainsi que j'ai pratiqué l'opération un certain nombre de

fois, depuis 1868, et l'on peut remarquer (fig. 752) que l'un des fils profonds va du périnée à la cloison, comme l'a imaginé depuis Emmet. Or, j'ai remarqué que le fil ainsi placé, *lorsqu'il s'agit de larges déchirures de la cloison*, est, pour des raisons que je développerai plus loin, beaucoup plus nuisible qu'utile. Aussi, depuis quelques années, j'ai renoncé à enfoncer le fil aussi profondément; les fils transversaux ou périnéaux ne pénètrent (fig. 754) qu'à une profondeur de un centimètre à un centimètre et demi, et je fais alors l'opération de la façon suivante.

Rien n'est changé en ce qui concerne l'avivement et la suture

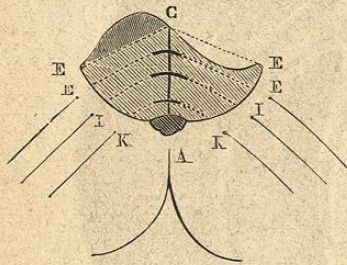


FIG. 753.

Procédé de 1868. — Sutures périnéales dont les chefs répondent au périnée.

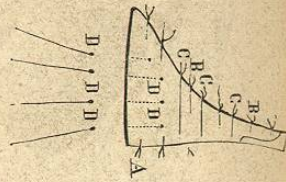


FIG. 754.

Procédé actuel de Le Fort. — Schéma des sutures. — B. Sutures superficielles de la muqueuse vaginale. — C. Sutures vaginales profondes de la cloison. — D. Sutures périnéales.

de la cloison rectale; mais, au lieu de rapprocher les parties divisées du périnée par des sutures dont la direction est plus antéro-postérieure que transversale; au lieu d'aller du périnée vers la cloison (fig. 752), je réunis la partie qui devra reformer la cloison par des sutures vaginales transversales (C C C, fig. 754) allant profondément presque jusqu'à la muqueuse rectale. Entre elles se trouvent les sutures superficielles (B B) qui réunissent l'un à l'autre les deux petits lambeaux vaginaux (D, fig. 750, 751). Les fils périnéaux transversalement placés mais enfoncés d'avant en arrière (D D D, fig. 754) ne pénètrent qu'à la profondeur d'un centimètre environ, les fils sont en général au nombre de trois. Le premier pénètre au point E (fig. 753) à un centimètre en dehors de la base du triangle d'avivement; le second I est intermédiaire;

le troisième K est très rapproché de la muqueuse rectale, il sert surtout à reconstituer le sphincter. L'opération se termine, s'il est besoin, par les incisions libératrices de Dieffenbach qui ont le double avantage de diminuer le tiraillement transversal et de permettre à toute la partie suturée de remonter vers l'éperon de la cloison, rendant ainsi inutile le passage du fil supérieur dans la cloison non rompue, disposition que j'ai employée en 1868, décrite en 1869 et qu'Emmet n'a employée que plusieurs années après.

Procédé de suture de Heppner. — Pour mieux assurer la réunion, au lieu de faire une suture profonde et une suture super-

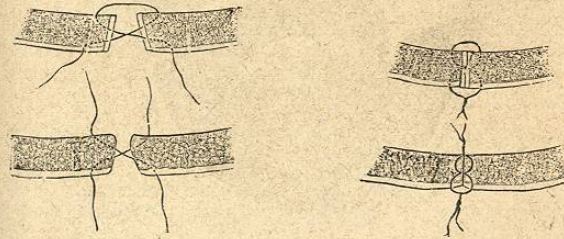


FIG. 755.

Suture de Heppner.

ficielle, Heppner (de Saint-Petersbourg) fait à la fois les deux sutures, soit avec un seul fil, soit avec deux fils séparés. S'il se sert de deux fils, il les fait se croiser au milieu de la partie avivée, de telle sorte que le fil introduit par la superficie du lambeau du côté gauche reparait dans la partie moyenne de la plaie du même côté, puis est enfoncé au même niveau à la partie moyenne du lambeau du côté droit pour sortir à la face profonde du lambeau du même côté. Les deux fils se croisent donc en X (fig. 755); il ne reste plus qu'à réunir par torsion deux à deux leurs extrémités libres. On peut encore employer un seul fil aux deux chefs duquel on fixe une aiguille; dans ce cas, la partie moyenne du fil répond à la partie profonde du lambeau, et l'on n'a à réunir que les extrémités libres superficielles.

Les procédés de Verneuil, de Trélat ne présentent pas de particularités importantes qui les distinguent des autres; de plus, ces procédés étant abandonnés par leurs auteurs, qui disent

leur préférer le procédé d'Emmet, il me paraît inutile de les décrire.

Procédé d'Emmet. — Ce procédé jouit actuellement de la faveur des chirurgiens français; mais comme les descriptions qu'on en donne dans les ouvrages français me paraissent peu conformes

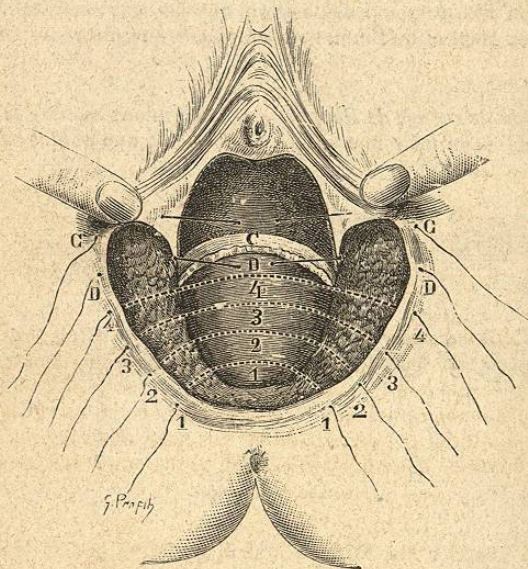


FIG. 756.

Procédé d'Emmet pour la déchirure partielle du périnée.

à la description, du reste fort confuse, de l'auteur lui-même, je crois nécessaire d'entrer dans quelques détails.

Emmet, dans son édition de 1879, ne s'occupe guère que des ruptures incomplètes du périnée et de celles qui intéressent le sphincter et passe à peu près sous silence les ruptures de la cloison recto-vaginale. Si, dans sa troisième édition, dont je n'ai malheureusement que la traduction française, il parle de la cloison, il ne propose pas, pour la restaurer, un procédé qui lui soit personnel. Il y a à décrire comme procédé d'Emmet non pas un, mais deux et même trois procédés applicables à des lésions de degrés divers.

A. Rupture incomplète du périnée. — Le procédé devrait être décrit à l'article prolapsus de l'utérus à côté de ceux de Baker Brown, Martin, etc.; si je le décris ici c'est pour faire mieux comprendre l'opération plus complète telle que la pratique Emmet et parce que lui-même la décrit comme opération applicable à la *laceration of the perineum*.

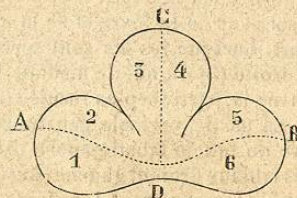


FIG. 757.

Schema du procédé d'Emmet.

Il ne s'agit dans ce procédé que des ruptures n'atteignant pas le sphincter; ce sont de simples déchirures de la fourchette, accompagnées ou non d'un certain degré de rectocèle. L'opération se fait de la manière suivante: on enlève au niveau du périnée et sur le côté interne et inférieur de la vulve un lambeau muqueux ayant la forme de deux folioles (fig. 756) exactement comme dans

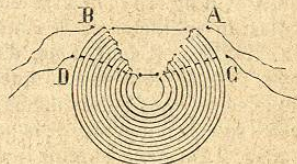


FIG. 758.

Schema de la suture du sphincter (Emmet).

le procédé de Baker Brown. Mais Emmet dépouille aussi de sa muqueuse toute la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure avoisinant la fourchette. Le but qu'il se propose est non pas de réunir comme dans les autres procédés, les parties gauches de l'avivement aux parties droites en les pliant en quelque sorte sur la ligne médiane; mais en attirant la partie vaginale avivée derrière la partie vulvaire également avivée de manière à les

renforcer l'une par l'autre et à les doubler. Pour obtenir ce résultat, le fil C (fig. 756) qui passe dans la grande lèvre, au-dessus de l'avivement, passe dans la partie de la paroi vaginale C qui n'a pas été avivée. Le fil D passe sous la partie supérieure de l'avivement de la grande lèvre, puis dans la partie avivée du vagin, mais seulement sur la ligne médiane et il est libre dans tout le reste de son étendue; au contraire les fils 1, 2, 3 et 4 circulent dans tout leur trajet dans l'épaisseur de la lèvre et de la cloison et ne sont apparents nulle part. Lorsque les fils sont serrés, le résultat est celui-ci : la partie droite (3) du foliole médian vaginal (fig. 757) se met en contact avec la partie la plus reculée (2) du foliole avivé sur la lèvre droite. La partie vaginale gauche (4) s'applique sur la partie postérieure du foliole labial gauche (5). Les parties antérieures des folioles labiaux droit et gauche (1 et 6) s'accolent pour reformer le périnée et la fourchette, et les points A C B se retrouvent accolés au niveau de la fourchette. Je reviendrai plus loin sur ce procédé d'une exécution facile et qui donne de bons résultats.

B. Déchirure portant sur le sphincter anal. — Ici Emmet n'a pas de procédé particulier, à moins que l'on ne considère comme tel, la manière dont il applique le point de suture qui doit réunir le sphincter divisé. Emmet, en effet, insiste sur ce point que les fibres musculaires les plus concentriques du sphincter se sont très fortement rétractées après la rupture, de telle sorte que si l'aiguille est enfoncée à une certaine distance des deux côtés de la ligne médiane (en A et B fig. 758) le fil n'embrassera que les fibres circonférentielles du sphincter et la continuité des fibres centrales ne sera pas rétablie. Il faut donc, d'après lui, mener l'aiguille de C à D (fig. 758) de manière à ce que par son aiguille, le fil passe, en quelque sorte, dans l'anus même. Or, puisque ces fibres se sont rétractées sous la muqueuse de la partie postérieure, restée intacte, de l'anus, il faut pour obtenir le rétablissement de leur continuité disséquer et supprimer à leur niveau la muqueuse qui tapisse l'anus, et par conséquent le rétrécir encore.

C. Rupture du sphincter et de la cloison. — Emmet parle à peine de cette complication, qui fait seule la difficulté de la périnéorrhaphie. Dans son édition de 1879 il se contente de dire : « J'ai rencontré peu de cas dans lesquels la déchirure fût assez étendue au delà du sphincter pour que la fissure ne puisse pas être comprise dans les sutures profondes passées comme je l'ai décrit. Quand cette exception s'est présentée j'ai obvié facilement

à cette difficulté en dénudant les bords de la division et en les réunissant par un nombre suffisant de sutures interrompues placées jusqu'au bord du sphincter de l'anus.

Dans sa troisième édition il n'est pas plus explicite mais il renvoie à une figure que j'ai cru devoir reproduire puisqu'elle doit expliquer le procédé.

Les sutures qui doivent former le périnée sont au nombre de cinq et Emmet les représente comme placées de la manière suivante. Le fil le plus rapproché de la fourchette (1 fig. 759) très oblique en bas passe sur la partie rectale du sphincter, le second (2)

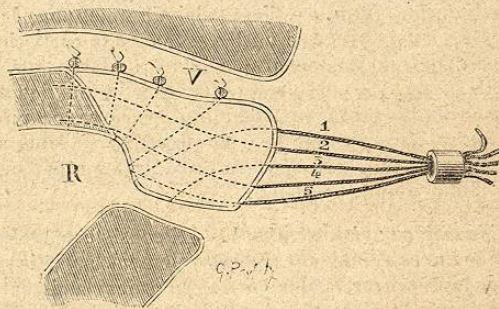


FIG. 759.

pénètre d'avant en arrière, dans une des faces latérales avivées, jusqu'à la cloison (comme je le faisais dans mon procédé de 1868) et revient dans la profondeur de la lèvre opposée, sortir au point correspondant mais de l'autre côté. Le troisième fil cheminant de haut en bas et d'avant en arrière embrasse la partie moyenne du sphincter, il est donc presque transversal. Le quatrième, comme le second, va d'avant en arrière parallèlement à la surface interne de l'avivement des grandes lèvres et passe aussi dans la cloison avant de revenir d'arrière en avant dans la grande lèvre opposée. Le cinquième enfin (5) passe obliquement d'avant en arrière dans la partie la plus centrale du sphincter, c'est le fil dont le trajet est représenté dans la figure schématique (D C, fig. 758). Lorsque tous ces fils sont serrés par torsion de leur partie libre, les parties avivées qui doivent reformer le périnée sont serrées les unes contre les autres par une sorte de froncement, comme à l'ouverture d'une bourse fermée par une coulisse. C'est ce qu'il