

interne. J'ai dit, plus haut, en quoi l'anus de la femme diffère de celui de l'homme. Sur les côtés existe le creux ischio-rectal, qui est identique dans les deux sexes.

La portion antérieure ou génito-urinaire du périnée est profondément modifiée par suite de l'interposition de la vulve et du vagin. Voici comment j'avais l'habitude de faire la démonstration de cette région dans mes cours, afin de montrer l'analogie que présente le périnée chez les deux sexes, et aussi comme moyen mnémotechnique. Je représentais au tableau le bulbe de l'urètre, le triangle ischio-bulbaire, l'aponévrose moyenne, etc., comme ils sont disposés sur l'homme. Séparant alors d'un coup de pouce le bulbe en deux moitiés latérales, on obtient le dessin du périnée de la femme : la fente médiane figure la vulve ; chaque moitié du bulbe de l'urètre devient le bulbe du vagin ; les glandes de Méry se changent en glandes vulvo-vaginales ; le bulbo-caverneux se transforme en constricteur du vagin. Le triangle ischio-bulbaire présente la même délimitation, seulement il est beaucoup plus petit chez la femme et refoulé sur les côtés. Dans ce triangle, on rencontre les mêmes vaisseaux et nerfs que chez l'homme.

Les aponévroses superficielle et moyenne se trouvent amoindries, divisées sur la ligne médiane et déjetées sur le côté. Du reste, autant le périnée de l'homme est important, surtout pour comprendre les infiltrations d'urine, l'opération de la taille et la prostatectomie, autant celui de la femme mérite peu d'intérêt, car il ne donne lieu à aucune considération pratique, si ce n'est en ce qui concerne la périnéorrhaphie.

A quel moment convient-il de tenter la restauration du périnée ? C'est, à mon avis, tout de suite après l'accouchement, ou beaucoup plus tard. Après la déhiscence, s'il y a déchirure, on réunira les lèvres de la plaie. Mais, si la réunion ne s'effectue pas, il convient d'attendre plusieurs mois jusqu'à ce que la femme soit complètement rétablie ; car, non seulement il ne faut pas opérer pendant la période puerpérale, mais il convient encore d'attendre que tout travail de restauration naturelle soit achevé.

On a imaginé un grand nombre de procédés plus ou moins compliqués pour pratiquer la périnéorrhaphie (je ne parle ici que de la rupture complète du périnée, celle dans laquelle le sphincter a été totalement divisé), et il faut bien dire que l'on n'obtenait souvent, jadis, que des réunions partielles ; fréquemment, il restait à la suite une petite fistule recto-vaginale. Mais nous sommes aujourd'hui en possession d'un procédé vraiment excellent, celui de MM. Emmet et Jude Huë, et cette difficile question de médecine opératoire me paraît définitivement jugée. Ce procédé simple, facile, rapide, permet de réussir à peu près à coup sûr dès la première tentative. Non seulement on reconstitue le périnée, ce qui fournit un soutien pour la matrice, s'oppose au prolapsus et au catarrhe utérins, mais encore on rétablit immédiatement la fonction en supprimant l'incontinence des matières fécales et des gaz. (Voy., pour la description du procédé, mon *Traité de chirurgie clinique*.)

---