ration de la tonicité des organes relâchés peut encore être obtenue à l'aide de bains de siége qui, de tièdes qu'ils étaient au moment où la malade s'y plonge, sont rendus frais par l'addition d'eau froide. La température du bain une fois descendue à 15° puis à 10°, la malade y reste encore de cinq à dix minutes, puis elle se recouche pour provoquer la réaction.

Par l'emploi intelligent de ces moyens unis au repos prolongé pendant des heures, même dans le courant de la journée, et à des soins convenables, par l'abstention surtout de toute excitation sexuelle, j'ai vu disparaître, dans bien des cas, des accidents de prolapsus au début ; j'ai observé même une augmentation dans la solidité du plancher pelvien, le retrait de l'utérus et des parois vaginales, et par conséquent une guérison complète. Malheureusement, à côté de ces succès il y a des cas où malgré ces moyens, l'affaissement devient chute. Je ne suis pas éloigné d'en accuser l'application irrationnelle des remèdes ordonnés et principalement la continuation des excitations génitales.

Chez les femmes qui sont encore dans la période d'involution puerpérale, particulièrement celles qui allaitent, et chez celles qui n'ont pas encore été soumises à un traitement local, j'emploie dans la première période du prolapsus, dans ***l'abaissement prononcé de la matrice,*** les irrigations astringentes déjà mentionnées et surtout les tampons de glycérolé de tannin. J'ordonne l'abstention, autant que possible, de tout travail et l'abstention stricte des rapports sexuels. La sensibilité des femmes atteintes de descente du vagin varie dans de très grandes limites; on en voit qui souffrent tellement d'un simple abaissement que l'intervention radicale s'impose. En tout cas, ***je n'applique jamais de pessaires dans la chute du vagin***, car j'ai remarqué que, loin de maintenir l'organe et de faire faire des progrès à la guérison, ils ne font que prédisposer à un développement plus accentué encore du prolapsus.

Lorsque le ***prolapsus*** se développe sans qu'on puisse lui opposer d'obstacle, ou lorsque la malade ne s'adresse à vous que quand la lésion est à son summum, le traitement local s'impose. Malheureusement ce traitement ne peut être, la plupart du temps, que palliatif. Même aujourd'hui, malgré les nombreux exemples

et les nombreuses relations de bons résultats obtenus par l'intervention radicale, les difficultés qu'elle rencontre et les dangers auxquels elle expose s'ajoutent, au dire de certains praticiens, au nombre considérable d'insuccès dont elle est suivie, pour la faire répudier et faire adopter une thérapeutique palliative. Quant à moi, je nie le danger de l'opération radicale, en dépit de quelques rares cas de septicémie. Elle est longue et pénible, soit; mais pas autant qu'on a bien voulu le prétendre. Le succès compense d'ailleurs largement la peine. Certes les résultats ne sont pas encore aussi brillants qu'on pourrait le désirer, mais les insuccès sont plutôt dus à une technique imparfaite et surtout au défaut de soins consécutifs. Les échecs immédiats deviennent du reste de moins en moins fréquents. Une autre cause d'insuccès réside dans la reproduction de l'allongement et du prolapsus des parties, à la procidence antérieure desquelles on avait entièrement remédié. J'ai vu de ces rechutes dans environ 4 % des cas, et non seulement chez des femmes astreintes à de durs travaux, mais aussi bien chez des sujets qui ne faisaient absolument rien, qui appartenaient aux classes les plus élevées de la société. Cette proportion de 4 % ne peut cependant justifier la doctrine de l'abstention opératoire ; car ce chiffre comprend les cas de faiblesse générale de la constitution, de dilatation excessive des parties par le commerce sexuel, de négligence dans les fonctions vésicales et intestinales, etc., etc. J'ai réussi, dans plusieurs de ces circonstances, à guérir les malades par une seule intervention chirurgicale. Quant aux autres, aux découragées, je les ai perdues de vue.

Les opérations que j'ai pratiquées sur plus de 250 sujets n'ont fait qu'affermir ma conviction que, ***quelles que soient les circonstances, il faut instituer le traitement curatif, à l'exception des cas où un âge trop avancé, une débilitation trop prononcée ou une affection constitutionnelle rendent le succès douteux, et de ceux où le repos prolongé au lit, nécessité par ce traitement, peut devenir nuisible à la santé générale.***

Fort de mon expérience personnelle, j'ai renoncé depuis des années à traiter les prolapsus, ne rentrant pas dans cette catégorie spéciale, par les tuteurs de tous genres qui ont été inventés et

BIBLIOTECA

dont je m'abstiendrai de donner ici la nomenclature détaillée (1). Chez les femmes affaiblies ou atteintes d'une affection éloignée sérieuse, j'emploie soit de larges bandes passant entre les cuisses et fixées à une ceinture, soit les pessaires à tige de dimensions appropriés (fig. 62). Dans ce dernier cas, on réduit le prolapsus et on replace l'utérus en sa position normale. Puis on introduit le pessaire enduit d'un corps gras, la tige étant tenue horizontalement et perpendiculairement à l'axe du vagin. Aussitôt que l'anneau a pénétré au-dessus du tiers supérieur du conduit, on lui donne une direction transversale ; de cette façon la tige devient verticale. Le pessaire remplit la moitié supérieure du vagin et est empêché, par la tige qui proémine à l'intérieur, de reprendre sa direction première et de tomber au dehors, si par hasard la paroi antérieure ou postérieure du vagin avait de la tendance au prolapsus.

L'emploi de ces agents mécaniques exige, comme soins de propreté, des injections vaginales biquotidiennes avec une solution désinfectante (3 cuillerées à bouche de vinaigre de bois pour un litre d'eau); il faut en outre enlever les pessaires au moins tous les trois mois (et non à chaque menstruation) pour les remplacer par des appareils nouveaux, d'un numéro plus fort, rarement plus faible. La pression exercée par le pessaire provoque quelquefois une périmétrite ou une paramétrite chronique, qui est capable par elle même de produire la guérison complète du prolapsus.

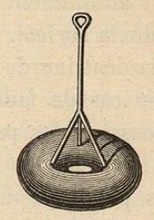

Fig. 62. — Pessaire à tige.
D'après Valleix et E. Martin.

Dans toute autre circonstance, le ***traitement du prolapsus se résume,*** pour moi, ***dans l'opération radicale.*** Cette dernière me paraît indiquée chaque fois que les parois du canal génital et l'utérus ont subi une ectopie et une chute telles qu'elles créent des malaises considérables, l'incapacité de travail et des

(1) E. v. Franque, *d. Vorf. d. Gebärm.* Würzbourg, 1860. — Breisky, *Prager med. Wochenschr.* 1884, IX, 321. — Löhlein, *Ges. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1885.

désordres manifestes des fonctions de relation. On n'aura pas besoin d'attendre, pour la justification de cette opération, que la tumeur herniaire que la matrice et le vagin font au-dehors, ait acquis la grosseur du poing; car une procidence vaginale du volume d'un œuf de pigeon peut empêcher déjà les malheureuses femmes de vaquer à leurs occupations et empoisonner leur existence.

Il faut cependant avant tout que l'opération soit entreprise sous l'égide d'une stricte antisepsie, afin de se mettre à l'abri de toute infection. Qu'est-ce pour le chirurgien que le sacrifice relativement petit de son temps et de ses aises en comparaison du soulagement qu'il apportera à sa malade ?

On est ***intervenu chirurgicalement*** tout d'abord dans l'intention de ***rétrécir*** ou de ***fermer*** presque complètement l'orifice à travers lequel les organes prolabés tombaient au dehors (1). Ces divers procédés opératoires ne peuvent avoir un succès durable; car, alors même que les lèvres avivées de l'orifice se soudent finalement entre elles, la barrière ainsi formée est tellement extensible qu'elle ne peut être un soutien solide contre le prolapsus. J'ai vu de ces malades qui avaient été opérées par divers chirurgiens quinze ou vingt-cinq ans avant que je ne les eusse sous les yeux. Le cas le mieux présent à mon esprit est celui d'une vieille dame à laquelle *Busch* avait pratiqué, en 1855, l'élytrorrhaphie au niveau du tiers moyen des petites lèvres, et qui, au lieu d'un prolapsus unique, en eut deux; car la paroi antérieure du vagin vint faire saillie au-devant, la paroi postérieure en arrière du pont créé artificiellement. Il est à peu près certain que la plupart des procédés de ce genre présentent les mêmes inconvénients.

D'autres opérateurs s'attaquèrent au ***vagin*** lui-même et excisèrent tantôt partiellement, tantôt en entier, les masses hypertrophiées. Le succès de cette manière de faire ne pouvait être que passager. Il n'en est plus de même des trois méthodes de colporrhaphie que nous allons passer en revue.

(1) Voir l'historique in Hegar et Kaltenbach, 3e éd. — Fritsch, *loc. cit.*

La première, celle de *Winckel*, a pour but de réduire le calibre du vagin dans son tiers moyen (1). (Fig. 63 et 64.) Ce chirurgien

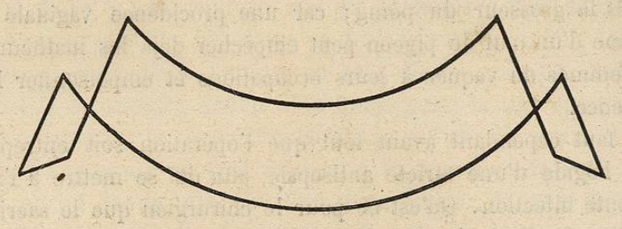

Fig. 63. — Opération d'après Winckel.

enlève, au niveau du segment moyen, une bande large de plusieurs centimètres, en ne laissant intacte qu'une portion peu

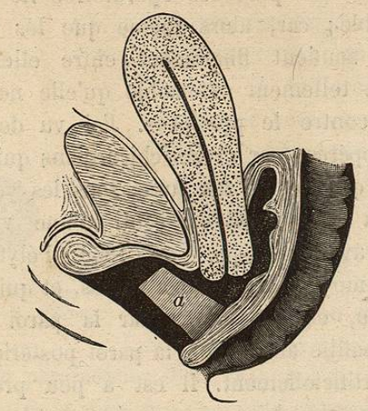

Fig. 64. — Colporrhaphie postérieure, d'après Winckel. (Fritsch, *loc. cit.*)

étendue de la paroi antérieure. Les bords de cette plaie quasi-annulaire sont suturés, et leur réunion constitue un septum intravaginal qui oblitère le calibre du canal de façon à ne laisser qu'une ouverture de la grosseur du doigt, tout près de la paroi

(1) *Maladies des femmes*, p. 299.

antérieure. *Winckel* a récemment modifié son procédé; au lieu d'exciser la bande toute entière, il conserve aux deux extrémités un lambeau d'un centimètre environ de long dont il ne détache que l'insertion postérieure, et qu'il réunit à un lambeau semblable du côté opposé. D'après les observations de *Winckel*, la cloison vaginale ainsi obtenue a, dans un grand nombre de cas, tenu d'une façon durable ce qu'elle promettait ; c'est-à-dire qu'elle a maintenu l'utérus et la voûte du vagin. Les femmes ont pu concevoir et accoucher, sans lésion du septum, ou bien, si celui-ci a subi des avaries, elles ont pu être réparées de façon à ne plus se reproduire à un accouchement ultérieur et à maintenir d'une façon absolue le prolapsus génital. J'ai employé cinq fois le procédé de *Winckel*, mais sans succès. Ou la guérison demeura incomplète en raison de la distorsion des parois vaginales; ou bien le prolapsus réapparut quelques mois après la réunion de la plaie, à la faveur de la rétraction cicatricielle.

Le procédé de *Neugebauer* (1), expérimenté un peu partout (2), a donné des résultats très satisfaisants. Il constitue ***la colporrhaphie médiane,*** et consiste dans l'excision de portions équivalentes des bourrelets vaginaux situés vis-à-vis l'un de l'autre, et dans leur réunion par la suture. (Fig. 65 et 66.) Les deux parois antérieure et postérieure du vagin, soudées entre elles par le tissu inodulaire, sont en même temps tellement raccourcies, que toute la masse peut bien tomber jusqu'à l'orifice vaginal, mais sans que jamais il y ait reproduction du prolapsus. Il est incontestable que le procédé de *Neugebauer* est relativement simple. J'ai vu deux cas opérés d'après ce procédé, l'un par un confrère, l'autre par moi, qui confirment la bonne opinion que l'on peut avoir de ce mode d'intervention. Dans le cas qui m'est personnel, la surface de réunion large d'environ 6 centimètres carrés était devenue tellement solide qu'elle tint tête à une tumeur prolabée extrêmement volumineuse.

Cette colporrhahie médiane agit à la façon d'un bandage en T, représenté par le pont établi entre les parois antérieure et posté-

(1) V. Neugebauer fils, *Centralbl. f. Gyn.* 1885, p. 6.
(2) L. Lefort, *Ann. de Gyn.* 1877, p. 299. — Spiegelberg, 1872.

BIBLIOTECA

rieure du vagin. Toutefois les deux observations que j'ai eues sous les yeux me convainquent une fois de plus de la justesse du reproche que je fais à cette opération : elle crée une difformité pour la femme, qui perd jusqu'à un certain point son aptitude à la cohabitation, quoi qu'en dise *Neugebauer* qui a vu des cas de

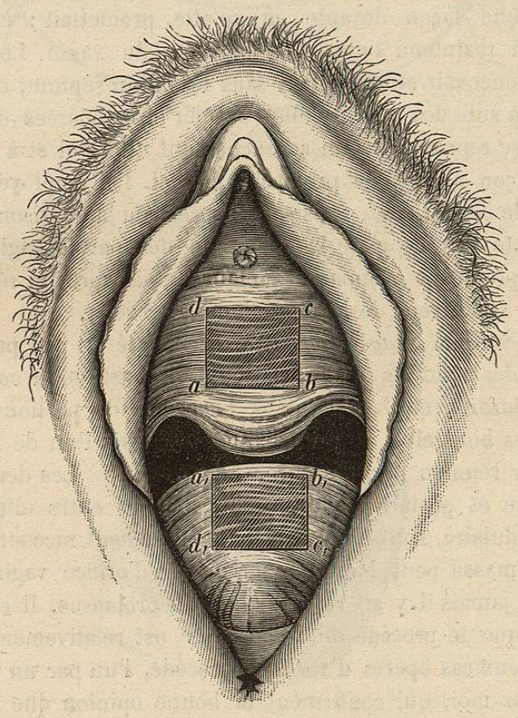

Fig 65. — Avivement, d'après Neugebauer.

grossesse après l'emploi de son procédé, et qui prétend même que le travail de la parturition a été relativement facile. Dans l'un des cas que j'ai observés, un médecin qui ignorait ce qui s'était passé antérieurement sectionna le pont artificiel; dans l'autre, celui-ci se rompit.

Par cette colporrhaphie médiane, on réunit des parties qui doivent être physiologiquement étrangères l'une à l'autre. On violente

donc la nature, alors qu'on pourrait sans cela arriver au but. Par conséquent, malgré les succès constants de ce procédé mis en œuvre par des confrères, je ne puis me résoudre à le recommander pour tous les genres de prolapsus.

Tant que les méthodes qui laissent intacts les rapports naturels des parties suffiront, je leur donnerai la préférence. Là où elles échouent, il faudra tenter l'intervention par le procédé de *Neugebauer*, comme *ultima ratio*, et cela avec espoir et confiance. J'ai eu à traiter une femme dont la tumeur prolabée avait un volume double de celui du poing. Après lui avoir fait sans résultat satisfaisant la colporrhaphie d'après la méthode de *Hegar*, je pratiquai l'opération du prolapsus telle que je la décrirai plus loin. La plaie se cicatrisa par première intention et la femme, une robuste gaillarde de trente et un ans, rentra chez elle complètement guérie mais pour y trouver de la misère. La procidence se reproduisit au bout de peu de temps, en raison soit de la nécessité d'un dur labeur, soit des mauvais traitements du mari ou encore du manque de nourriture. Je revis cette malheureuse avant que le prolapsus n'eût repris son développement antérieur, et je l'opérai alors suivant le procédé de *Neugebauer*. Au bout de six mois de séjour chez elle, la femme était toujours très satisfaite de son état. L'anneau vulvaire était béant et laissait apercevoir le segment inférieur des parois antérieure et postérieure du vagin, avec le pont artificiel nouvellement créé ; mais on ne voyait pas trace d'autres parties de l'appareil génital; les ouvertures latérales étaient extrêmement étroites et non encore dilatées par le coït. Mais la malade fut à la fin obligée de vaquer de nouveau à ses occupations ; à la première tentative qu'elle fit pour porter un seau d'eau, la cicatrice, d'apparence si solide, se déchira. J'ai examiné moi-même la surface encore saignante et j'ai pu constater sa forte

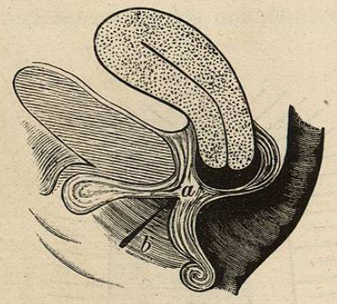

Fig. 66 — Colporrhaphie, d'après Neugebauer. (Fritsch, *loc. cit.*)

distension. Naturellement le prolapsus réapparut dans toute sa splendeur.

Le troisième procédé est celui qu'a inauguré *Simon* (1). Le but de *Simon* était de supprimer les bourrelets hypertrophiques, surtout sur la paroi vaginale antérieure, et de créer, de par l'avivement de la paroi postérieure, une espèce de « piédestal destiné à soutenir l'utérus et la paroi antérieure du vagin ». Le procédé en ques-

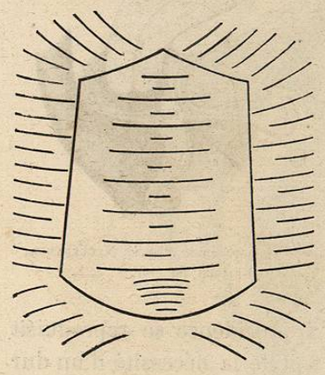

Fig. 67. — Avivement pour la colporrhaphie postérieure. D'après Simon.

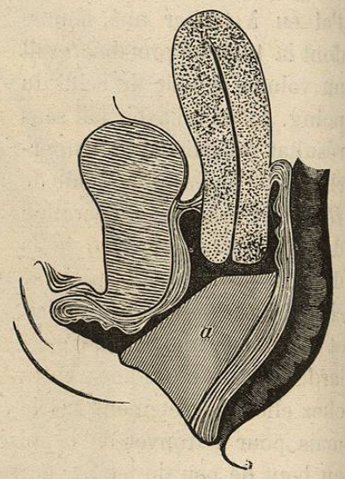

Fig. 68 — Colporrhaphie postérieure, procédé de Simon. (Fritsch, *loc. cit.*)
a. Piédestal formé avec la paroi vaginale postérieure.

tion poursuit donc à la fois la réduction du calibre du conduit vaginal et la formation d'un support pour l'utérus et les autres organes prolabés. (Fig. 67 et 68.) La surface d'avivement est située sur les parois postérieure et latérales du vagin ; la ligne d'ascension le long de ces dernières est assez rapide ; arrivée à la moitié environ de leur hauteur, elle se dirige en avant et se termine à l'entrée du vagin. Les bords de la surface avivée, réunis par des

(1) *Mittheil. aus d. Rost. Krankenh.* 1868. — *Prager Vierteljarschr.* 1875. Vol. II. — Engelhardt, *Retention des Gebärmuttervorfalls durch die Colp. post.* Heidelberg, 1871.

points de suture très rapprochés, forment à la paroi vaginale postérieure une crête qui s'élève à pic et qui constitue non seulement un excellent soutien pour la matrice et la voûte vaginale, mais encore un obstacle solide au prolapsus antérieur du vagin.

Lossen (1) a modifié un peu le procédé de *Simon* en donnant plus d'étendue à la partie inférieure des bords latéraux de la surface d'avivement.

Quoi qu'il en soit, ***les succès obtenus par Simon ont fait grand bruit.***

Il est certain que ce procédé, entre les mains des imitateurs de

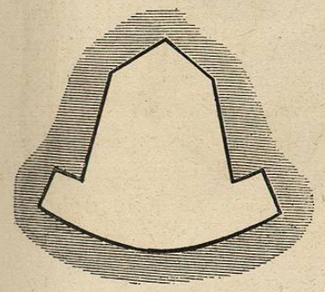

Fig. 69. — Avivement de Simon, modifié par Lossen.

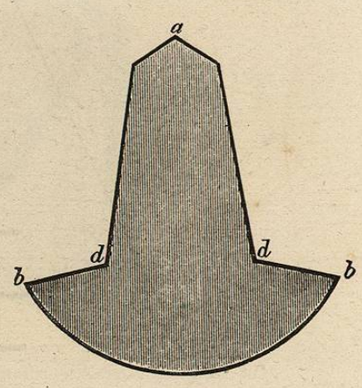

Fig. 70. — Colporrhaphie postérieure. Procédé de Fritsch.

Simon, n'a pas toujours réussi ; et là même où la réunion s'était faite, il se produisait une rétraction cicatricielle telle que la barrière artificielle perdait bien vite de son efficacité, dans les cas du moins où l'utérus rétroversé ou rétrofléchi glissait le long de la paroi vaginale antérieure et s'insinuait dans le défilé resté libre.

Tout récemment *Fritsch* (2) a décrit un procédé à peu près semblable de ***colporrhaphie postérieure.*** (Fig. 70.) En donnant plus d'ouverture à l'angle *d* formé par les lignes latérales d'avivement,

(1) *Berl. Klin. Woch.* 1879, n° 40.
(2) *Lageveränderungen u. Entz. d. Geb.* 1885, p. 239.

il compte s'opposer à la tension des fils dont je parlerai à propos du procédé de *Hegar*. Il avoue cependant lui-même que de cette façon il se produit au point *d* un creux qui devient facilement une poche de rétention pour les sécrétions. Aussi recommande-t-il, pour prévenir cet inconvénient, de faire de fréquentes irrigations du vagin, irrigations que je regarde, moi, comme une complication désavantageuse du procédé.

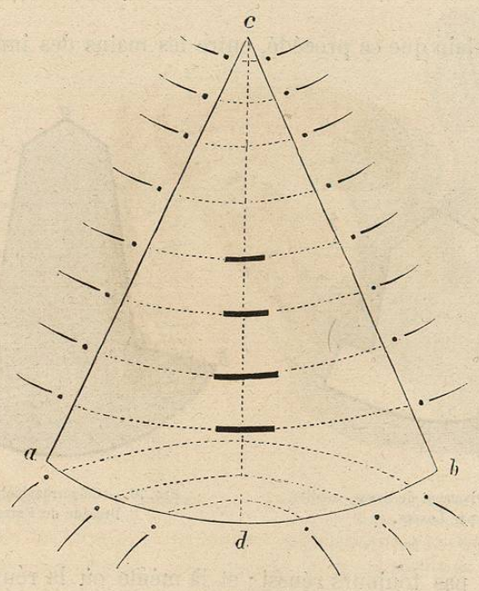

Fig. 71 — Colporraphie antérieure. Procédé de Hegar.

Hegar (1) cherche avant tout à guérir la procidence ***par la restauration d'un plancher pelvien résistant.*** Il commence par enlever les bourrelets latéraux et antérieur, et cherche alors à transformer la paroi postérieure (fig. 71 et 72), non pas en élevant un piedestal destiné à supporter l'utérus, mais ***en rendant sa tonicité au plancher du bassin par le déplacement vers la ligne médiane***

(1) *Gynécologie opératoire.* — Hüffel, *Anat. u. oper. Beh. der Geb. u. Scheidenvorf.* 1873. — Dorff, *Wiener med. Bl.* 1879; 47, 52. 1880, I, 4, 5.

de toute la masse constituante de ce plancher, et en donnant à la cicatrice une solidité telle qu'elle puisse servir en quelque sorte de point d'appui à la matrice et l'empêcher de glisser au dehors. Dans ce but, *Hegar* excise dans les parois postérieure et latérales du vagin un triangle dont le sommet se trouve au niveau du col et dont les côtés courent sur la paroi postérieure jusqu'environ vers le milieu du canal ; là, ils passent sur les parois latérales et s'y continuent jusqu'à l'orifice

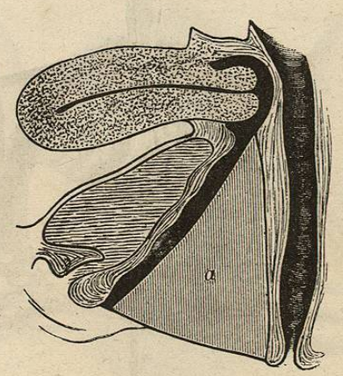

Fig. 72. — Colporrhaphie postérieure. Procédé de Hegar. (Fritsch, *loc. cit.*)

extérieur. Les lèvres de cette surface avivée sont affrontées par des sutures solides et très rapprochées, et donnent lieu, après réunion, à une cicatrice très résistante, qui tend le plancher du bassin et empêche la protrusion de l'utérus. Certes la réunion n'est pas toujours obtenue, surtout dans le tiers inférieur. Là où il a fallu avoir recours à la tension des parois latérales du vagin, les fils coupent très fréquemment et amènent des solutions de continuité plus ou moins étendues. Le procédé de *Hegar* est un bon procédé. En effet, ***pour la guérison du prolapsus, il est nécessaire, et j'insiste là-dessus, de rendre sa rigidité au plancher pelvien et d'empêcher, à l'aide de la cicatrice opératoire, la chute des parties sus-jacentes.*** Quant au rétrécissement de l'appareil de fermeture du vagin, je ne puis lui reconnaître l'im-