

rieure du vagin, de manière que le col de la matrice y fût engagé, et il le maintenait avec un ruban qui tenait à la tige de l'instrument, et dont les extrémités étaient attachées à une ceinture.

« Le pessaire de Saviard consistait en un ressort d'acier, dont une des extrémités était fixée à une ceinture, pendant que l'autre, garnie d'un petit écusson, se recourbait jusqu'au dedans du vagin, et retenait la matrice dans sa situation naturelle; l'emploi de ces deux instruments est abandonné de nos jours, le premier est remplacé par les pessaires en bilboquet ou à tige.

« Les pessaires *ronds* et *ovales* ont la forme que leur nom indique; ils présentent une dépression et une ouverture à leur centre, et sont aplatis sur leurs faces.

« Les pessaires ovales ont été mentionnés et figurés (fig. 208 et 209) pour la première fois par Ambroise Paré (1).

« Les pessaires à *cuvette* ne diffèrent des précédents qu'en ce qu'une de leurs faces présente à sa partie moyenne une dépression assez profonde, de sorte que cette face est légèrement concave, tandis que

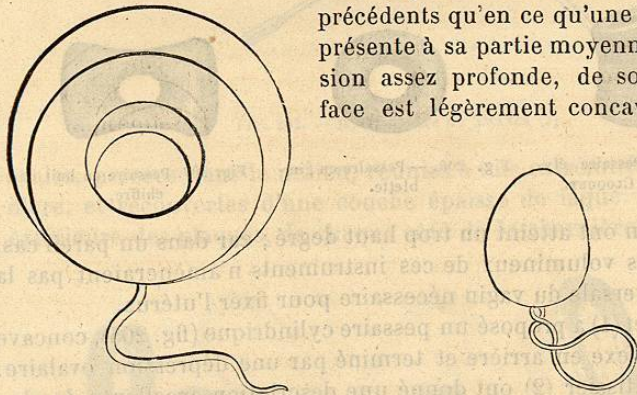


Fig. 208. — Corps du pessaire ovale.

Fig. 209. — Lien du pessaire qui doit être attaché à la cuisse.

l'autre est convexe. La face concave est destinée à embrasser le col de la matrice.

« Le pessaire *ovale* de Levret (2), qui est un des meilleurs, a l'inconvénient d'être trop large dans sa partie moyenne qui appuie sur le rectum et le col de la vessie, tandis qu'à ses deux extrémités il est trop étroit. Ces considérations ont déterminé M. Bruninghausen à en faire construire un qui a la forme d'un *huit de chiffre*, qui est de bois de tilleul et recouvert d'un vernis solide de succin; sa longueur doit être telle qu'il prenne ses points d'appui principaux sur les deux côtés du petit bassin, c'est-à-dire environ de 3 pouces $\frac{1}{4}$; sa face supérieure

(1) A. Paré, *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 742.

(2) Levret, *Remarques sur l'usage des pessaires* (*Journal de méd. chir.* de A. Roux. Paris, t. XXXIV, p. 528 et suiv.) — *Remarques sur les déplacements de la matrice* (*Journal de méd. chir.* de A. Roux. Paris, 1773, t. XL).

est concave et pourvue d'une ouverture moyenne; il est étroit dans son centre de devant en arrière; ses deux extrémités, étant plus larges que dans les pessaires ovales, sont soutenues en plusieurs points, ce qui fait qu'elles sont moins exposées à se déranger. Ce pessaire nous paraît offrir des avantages réels: il doit être beaucoup moins exposé à changer de position, en conséquence des changements que la vessie et le rectum éprouvent dans leur volume à diverses époques de la journée; la gêne, qui accompagne l'application d'un pessaire, doit être moindre que lorsque les points d'appui sont entre le pubis et le sacrum, car la compression qu'il exerce dans ce dernier sens sur la vessie et le rectum, produit souvent des épreintes vésicales et intestinales, jusqu'à ce que ces organes y soient habitués.

« Les pessaires en *bondon* représentent assez bien un cône, traversé dans sa longueur par un trou; la base est en rapport avec l'utérus et le sommet est libre au dehors. La base peut être convexe, plane ou concave, suivant l'indication que l'on se propose: il vaut mieux, en général, qu'elle soit à *cuvette* dans le cas de descente de matrice. Le sommet présente deux anneaux ou deux prolongements latéraux qui servent à attacher les liens propres à fixer le pessaire à une ceinture.

« La plupart des pessaires que recommandent les accoucheurs anglais sont construits en bois de buis; leur forme est ovale ou ronde; plusieurs aussi ont la forme soit d'une boule, soit d'un œuf: l'intérieur de ces derniers est creux, ils offrent à leurs deux extrémités des trous qui sont destinés à l'écoulement des menstrues. Les pessaires *ovoïdes* et à *boule*, construits en buis, jouissent d'une grande vogue à Londres.

« Les pessaires en *bilboquet*, qu'on appelle aussi pessaires à *tige*, à *pivot* ou à *pétiole*, ont été imaginés, dans le siècle dernier, par Suret, de l'Académie de chirurgie (1), pour éviter la pression que les pessaires exercent ordinairement sur la vessie et sur le rectum, et pour mieux retenir la matrice dans les cas où les tubérosités des os ischions ne pourraient supporter le pessaire. Les pessaires à tige ne diffèrent des ronds et des ovales qu'en ce qu'il part d'une de leurs faces trois branches qui, séparées par une distance égale, descendent et viennent se réunir à une tige unique plus ou moins longue, et percée d'un trou pour attacher des cordons destinés à fixer le pessaire à une ceinture ou à un bandage de corps, mais ces pessaires, que l'on construit en ivoire ou en gomme élastique, ne soutiennent la matrice que très imparfaitement; leur point d'appui se trouvant à l'extrémité de la tige qui est hors de la vulve, la partie supérieure qui est évasée et dans laquelle est reçu le col utérin, est vacillante et peut, dans un mouvement brusque, abandonner cet organe. Ces pessaires peuvent, en

(1) Suret, in Levret, *Sur les pessaires* (*Journ. de méd.*, t. XXXIV, p. 449).

autre, occasionner des accidents dans les chutes, et nuisent toujours au coït. Si le périnée est déchiré, les pessaires en bilboquet, quelque incommodes qu'ils soient, doivent être employés, parce qu'ils sont les seuls que la femme puisse supporter. On ne peut faire usage, dans cette circonstance, des pessaires ovales ou ronds, qui ne tiennent que parce qu'ils s'appuient sur le périnée. »

Un bon pessaire, dit sir Clarke, devrait réunir les avantages de la fermeté, de la légèreté et de la résistance du tissu, afin de ne point céder à la pression, de ne pas gêner par son poids, et de ne pas s'imbibber des liquides de sécrétion. Les pessaires de buis réunissent tous

ces avantages, et, comme ce bois n'est pas rare, on peut se procurer facilement de ces pessaires.

On a essayé de construire un pessaire qui, une fois dans le vagin, pourrait s'étendre à volonté. Thomas Simson de Saint-Andrew en a imaginé un de ce genre, mais il n'a pas été généralement adopté (1).

M'Clintock a réussi avec une espèce de sac de caoutchouc vulcanisé. Il l'introduisait plié, et le pessaire se développait ensuite de lui-même par sa propre élasticité. M. Lund a proposé un ressort d'acier en spirale légèrement courbé et enfermé dans une enveloppe de caoutchouc, le tout maintenu par un bandage (2). Coxeter en a construit un sur ce principe (fig. 210). M. Scholefield (3),

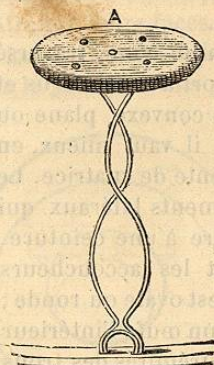


Fig. 210. — Pessaire à ressort de COXETER.

Read (4) et Ritchie (5) ont chacun inventé une nouvelle forme de pessaire.

Nous avons eu recours, pour des cas légers de prolapsus, aux anciens pessaires médicamenteux. Nous faisons fabriquer un petit sac de grosse mousseline de 3 pouces de long sur 1 de large, soit plus, soit moins, suivant le degré de relâchement du vagin. On remplit ce sac d'écorce de chêne, de matico ou de noix de galle broyée. On les trempe dans l'eau, on les frotte de cérat ou d'huile, et on les introduit dans le vagin. Au bout de deux ou trois jours on les retire et on fait introduire un nouveau sac par la malade elle-même. Ces petits sacs ressemblent aux sachets de Levret. Meigs (6) parle aussi très favorablement de l'usage de ces pessaires.

(1) Th. Simson, *Edinburgh med. essays and observ.*, vol. III, p. 288; *Essais et observ.*, art. 18, p. 379. — Davis, *Obstetr. medic.*, plate XI, fig. 3. — *Commentarii de rebus in scientia naturali et medicina gestis*. Leipzig, vol. IX, part. I, p. 127.

(2) Lund, *Guy's Hospital Reports*, 1846.

(3) Scholefield, *Lancet*, 6 mai 1848.

(4) Read, *ibid.*

(5) Ritchie, *Ranking's Abstract.*, vol. X, p. 207.

(6) Meigs, *Females and their diseases*. Philadelphia, 1848.

Nous avons fait usage d'un pessaire composé d'une mince lame de gutta-percha. Cette substance est très malléable; nous nous en sommes bien trouvé : l'instrument est facile à introduire et il n'empêche pas le cours des menstrues.

C'est ici le lieu de reconnaître de nouveau la supériorité du pessaire de Hodge. En donnant plus de longueur à la portion verticale, on distend autant que cela est possible le cul-de-sac postérieur du vagin, et la forme même du pessaire le maintient en position.

A côté du pessaire de Hodge nous devons placer le pessaire en anneau de Meigs ou de Dumontpallier (voy. fig. 173 p. 529).

Comme il peut arriver que cet instrument soit difficilement maintenu dans le vagin, comme cela a lieu lorsqu'il existe une déchirure du périnée, M. Dumontpallier a fait souder sur la partie du pessaire destinée à être placée en arrière de la symphyse pubienne, une tige qui, sortant du vagin, vient prendre un point d'appui sur une ceinture qui entoure l'abdomen de la femme. Cette tige empêche le pessaire d'être expulsé au dehors.

Les pessaires ovales d'argent sont parfois utiles, il faut se rappeler que le métal peut être amené à l'épaisseur d'une feuille de papier à lettres sans perdre trop de sa solidité, et que l'on peut ainsi faire un pessaire de toute forme et excessivement léger.

Le mode d'introduction du pessaire est très simple. La malade étant placée sur le dos ou sur le côté, l'instrument est présenté par son long diamètre à l'entrée de la vulve. Une fois introduit dans le vagin, on le retourne partiellement pour le placer en travers au-dessus des tubérosités de l'ischion. Si l'orifice du pessaire est assez large, on doit pouvoir passer le doigt à travers pour arriver jusqu'à l'orifice de l'utérus. Le premier temps, l'introduction, est douloureux, il doit donc être fait avec douceur en imprimant à l'instrument un mouvement de rotation. Le pessaire globulaire est plus facile à introduire, et, une fois dans le vagin, il n'est pas nécessaire de changer sa position, mais il ne nous a pas paru être aussi utile dans les cas de déchirure du périnée; il tient alors mieux en place que les pessaires d'une autre forme. Pour l'introduction du pessaire de Hodge, le point principal est de bien s'assurer que la portion verticale est placée derrière le col. Quand le vagin est trop irritable pour supporter un pessaire d'une matière résistante, il peut ordinairement supporter un pessaire de gomme élastique. Quel que soit celui dont on fasse usage, il doit être retiré de temps en temps; si l'écoulement est abondant, ce ne sera pas trop que de le retirer une fois par mois, sinon il faudra le changer tous les trois ou six mois. Des conséquences très sérieuses ont résulté de la négligence de cette précaution. Denman fait observer que les pessaires, une fois bien introduits, peuvent souvent être portés pendant plusieurs années de suite sans grand inconvénient, mais quelquefois, par suite de

l'hypertrophie et de l'étranglement du col utérin dans l'anneau d'un pessaire resté longtemps en place, on en arrive à ne plus pouvoir le retirer. Dans ce cas il faut serrer fortement entre l'index et le pouce le col utérin jusqu'à ce qu'on en ait assez réduit le volume pour le dégager. Au besoin l'on fait glisser entre la circonférence interne du pessaire et le col un bout de ruban, et l'on tire au moyen de ce ruban en repoussant le col en arrière. Enfin, si tous ces divers procédés échouent, il faut couper la circonférence du pessaire avec de fortes pinces. Le pessaire globulaire peut toujours être retiré au moyen d'une pince (1).

On a fait diverses objections à l'emploi des pessaires. Après avoir vanté les injections et les toniques, Leake (2) fait remarquer que ces moyens sont, à tous les points de vue, préférables à ces instruments douloureux et repoussants appelés pessaires, et dont on a fait si souvent usage au détriment des malades; car, au lieu de fortifier une partie affaiblie, ils ajoutent un nouvel inconvénient à ceux qui existent déjà, et ils sont par conséquent tout à fait nuisibles. Il formule ses objections sous trois chefs :

1° Si le pessaire est trop petit, il ne peut rester dans le vagin;

2° S'il est trop large, il cause une douleur vive et une leucorrhée abondante;

3° Il est arrivé, dans certains cas, qu'il a perforé la cloison et pénétré dans le rectum.

Annan, de Baltimore (3), dit à propos des pessaires : « Qu'un corps étranger pressant continuellement sur la muqueuse du vagin doit inévitablement développer de l'inflammation et que, dans beaucoup de cas, le pessaire est impossible à supporter. — L'ulcération est souvent le résultat de ce traitement, et l'on a vu une communication s'établir entre le rectum et le vagin, et le pessaire passer dans les intestins. Une autre objection est que le pessaire dilate le vagin, et qu'une fois enlevé, il laisse l'utérus en disposition plus favorable encore pour tomber en prolapsus. »

Dieffenbach (de Berlin) a fait connaître son opinion sur la valeur des pessaires (4) : « J'ai vu souvent cet instrument donner lieu à des écoulements putrides très abondants, porter quelquefois la dilatation du vagin à un point très fâcheux, amener dans d'autres cas une rétraction funeste du même organe; enfin, quelquefois, être le point de départ de productions fongueuses ou cancéreuses de la membrane muqueuse. Quelquefois, j'ai pu extraire les pessaires avec mes doigts, mais souvent ils étaient recouverts de croûtes dures et résistantes, et

(1) Denman, *Midwifery*, p. 67.

(2) Leake, *Diseases of women*, p. 136.

(3) Annan, *The American Journ. of med. sciences*, août 1836.

(4) Dieffenbach, *Berlin medizinische Zeitung*, 1836, n° 31.

j'étais obligé de les broyer avec de fortes pinces. Plusieurs malades ont souffert de violentes irritations de la vessie; d'autres, pendant des années, d'une constipation opiniâtre. » D'autre part, on ne peut nier cependant que les pessaires et les éponges ne soient utiles dans quelques cas, quand ils sont employés à propos par une main habile (1).

Hamilton (2) fait à l'usage des pessaires les objections suivantes :

1° Ils ne peuvent agir que comme palliatifs, quel que soit le degré de la maladie;

2° Ils déterminent de l'irritation dans le vagin et ils augmentent l'écoulement vaginal;

3° A moins d'être parfaitement placés, ils exercent sur les organes pelviens une compression nuisible;

4° S'ils ne sont pas très souvent retirés et nettoyés, ils s'encroûtent de matières calcaires; ils deviennent une cause d'irritation;

5° Ils condamnent pour la vie la malade aux soins des médecins;

6° Enfin, de temps en temps, on rencontre des cas où, par suite de la déchirure du périnée, les pessaires sont entièrement inapplicables.

On peut donc résumer ainsi les objections faites aux pessaires :

1° Ils sont très déplaisants;

2° Trop petits, ils tombent et ne servent à rien;

3° Trop grands, ils irritent le vagin et provoquent de la leucorrhée;

4° Ils donnent lieu à des inflammations, à des altérations, à des productions fongueuses;

5° Ils déterminent des écoulements putrides par le vagin;

6° Ils augmentent la dilatation du vagin;

7° Ils amènent la rétraction du même organe;

8° Après en avoir fait usage, les malades souffrent de cystite et de constipation;

9° Le pessaire s'encroûte facilement de matières calcaires, et il faut ensuite le broyer pour le retirer;

10° On a vu des pessaires perforer les parois vaginales et pénétrer dans le rectum.

A la première objection on peut répondre que les femmes n'ont rien à supporter qu'elles n'acceptent dans toutes les manœuvres de l'accouchement.

A la deuxième et à la troisième objection, on peut dire que, s'il y a erreur de dimensions, c'est la faute du médecin, et qu'avec un peu d'attention, on peut y remédier facilement.

Les quatrième, cinquième, huitième, neuvième, dixième objections n'ont de valeur qu'en cas de négligence grossière, et ne peuvent être acceptées comme un argument sérieux contre l'usage du pessaire.

(1) *Lancet*, 20 mai 1837, p. 303.

(2) Hamilton, *Practical observations*, p. 28, 29.

Les sixième et septième objections ne peuvent être vraies toutes les deux à la fois. Sans aucun doute, un pessaire maintiendra dilatée la portion du vagin où il se trouve, mais tout aussi sûrement, l'orifice vaginal ne sera plus sans cesse distendu par le prolapsus utérin : et si, à chaque changement de pessaire on diminue le diamètre du nouveau pessaire, on pourra faire marcher concurremment le rétrécissement du fond du vagin et de l'orifice vaginal, et l'on finira par obtenir une guérison complète. Il ne faut donc pas accepter les yeux fermés toutes les objections faites à l'emploi des pessaires. Il y a un grand nombre de faits authentiques qui démontrent que, non seulement ils ne sont pas nuisibles, mais encore qu'ils sont très utiles, et qu'ils sont même préférables à toute autre espèce de traitement.

Nous pensons donc qu'on est en droit de poser les conclusions suivantes :

1° On peut appliquer un pessaire quand il n'y a ni irritation, ni inflammation, ni maladie organique de l'utérus, du vagin ou d'un organe voisin ;

2° La dimension, la forme, doivent être adaptées avec soin à la dimension du bassin et aux circonstances particulières du cas actuel ;

3° Une fois le pessaire mis en place, il faut surveiller avec soin la malade ; s'il y a lieu, on retire l'instrument, quitte à le réintroduire ensuite. Blundell fait observer qu'au moment où l'utérus est replacé, il arrive souvent que la malade est prise de douleur et de fièvre ; de sorte qu'au premier abord on peut craindre une inflammation abdominale. Si ces symptômes persistent quelque temps avec intensité, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de retirer le pessaire et de laisser les parties retomber. La saignée du bras, des sangsues sur l'abdomen, des fomentations émollientes, des cataplasmes, des purgatifs, sont les divers moyens à employer. Si les symptômes sont légers, que le pouls ne s'élève pas au-dessus de 100 ou de 105 pulsations à la minute, je serais d'avis, tout en faisant usage des moyens dont nous venons de parler, de laisser le pessaire en place, d'avoir soin seulement de vider la vessie pour faire de la place. Du reste, s'il faut retirer le pessaire, ce ne serait que pour un temps ; au bout de quelques semaines on y reviendrait, en ne le laissant d'abord que quelques heures de suite en place ; peu à peu, on habitue les parties au contact d'un corps étranger, et les parties se replacent normalement (1) ;

4° Si la malade supporte bien d'emblée le pessaire, il n'en faut pas moins le retirer de temps en temps pour le nettoyer ;

5° Autant que possible, à chaque déplacement du pessaire, il faut en introduire un neuf et d'un diamètre plus petit ;

6° Le jour qui précède et le jour qui suit l'introduction d'un nouveau

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 35.

pessaire, il faut faire dans le vagin des injections vaginales astringentes ou même avec de l'eau froide.

Mais il y a des cas, ainsi que le fait observer Hamilton, où les pessaires ne peuvent être employés, et il est très heureux alors que l'on ne soit pas sans autre ressource. On peut essayer la *bombe* du docteur Annan (1), le *support utéro-abdominal* de G. A. Hull (2), la *compresse* de Hamilton, ou l'*appareil compresseur* de P. E. Lionet (3). Chaque mode de traitement peut avoir ses avantages, mais le fond est toujours le même, un support au niveau de l'orifice interne. Avec ces moyens, on empêche le prolapsus utérin, mais la descente de matrice n'en existe pas moins ; le soutien posé à cette place ne peut servir à rien pour maintenir l'utérus à la hauteur normale dans le bassin ; l'organe n'en reste pas moins sur le plancher du périnée, et par suite même le vagin est maintenu dans un état de dilatation constant. Il me semble donc que le reproche adressé aux pessaires, de maintenir les parties dilatées, peut s'appliquer à cette méthode, seulement la dilatation est entrete-



Fig. 211. — Pessaire à air de GOODMAN.

nue par l'organe déplacé, au lieu de l'être par un instrument. Cependant Annan et Hamilton vantent beaucoup les succès qu'ils ont obtenus.

Goodman (4) a essayé un petit ballon en caoutchouc vulcanisé muni d'un tube et d'un robinet ; on l'introduit vide et on le gonfle en place. On fixe le tube sur la cuisse au moyen d'une bande (fig. 211).

Le pessaire Goodman ne diffère pas du pessaire à air de Gariel (5). Tout en donnant la préférence aux pessaires en forme de pelote, déjà figurés (p. 536 et 537), M. Gariel a imaginé, pour le prolapsus, des pessaires à réservoir d'air offrant toutes les formes anciennes : *Pessaire en gimblette*, *pessaire à cuvette droite ou oblique* (fig. 212 et 213). Ces instruments sont préférables aux pessaires rigides en ce sens que leur introduction est plus facile, puisqu'on les introduit vides d'air et qu'ils sont insufflés en place ; mais l'ouverture centrale devient inutile, puisque la possibilité de retirer le pessaire chaque jour permet aux mucosités utérines et au

(1) Annan, *The American Journal of the med. Sciences*, août 1836 (*Froriep's Neue Notizen*, 4 juillet 1837, t. III, p. 96).

(2) G. A. Hull, *On the utero-abdominal supporter*. London, 1838.

(3) Lionet, *De l'origine des hernies et de quelques affections de la matrice*. Paris, 1847.

(4) Goodman, *Lancet*, 28 septembre 1839.

(5) Gariel, *Sur quelques appareils de caoutchouc vulcanisé* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849-1850, t. XV, p. 986) ; *Des pessaires en général* (*Gaz. des hôpitaux*, 1852, n° 55, 61, 74).

sang des règles de s'écouler aussi facilement qu'on le désire. Les pessaires à pelote ont l'avantage de s'accommoder à tous les déplacements possibles de l'utérus.

Bourjeaud (1) a proposé un pessaire (fig. 214) qui, par sa forme générale,

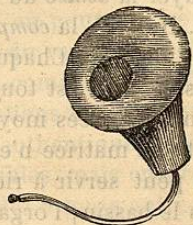


Fig. 212. — Pessaire GABRIEL à cuvette droite.



Fig. 213. — Pessaire GABRIEL à cuvette oblique.

se rattache à la classe des pessaires à tige, qui, par la forme particulière de sa pelote, appartient à celle des pessaires en gimplette, avec cette différence pourtant, quant à la tige, qu'au lieu d'être pleine, elle est creuse, et qu'indépendamment de sa fonction de support, elle sert en même temps de canal pour l'écoulement des liquides utérins, et,

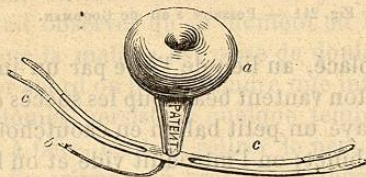


Fig. 214. — Pessaire à air de BOURJEAUD (*).

quant au corps même, qu'au lieu d'être seulement porté sur la tige, il fait corps avec elle et forme un canal continu.

On a encore cherché à remédier au prolapsus de l'utérus à l'aide d'opérations pratiquées sur l'orifice de la vulve, ou sur le vagin lui-même. Dans le premier cas l'opération porte le nom d'*épisioraphie*, dans le second d'*élytrorrhaphie*. L'opération proposée pour la première fois par M. Romain Gérardin (2), ressemble à l'opération adoptée par Hey et par Dupuytren pour la chute de l'anus. Cette opération a été pratiquée avec quelques modifications en Angleterre par Marshall

(1) Bourjeaud, *De la compression élastique avec une note relative à un nouveau pessaire*. Paris, 1862.

(2) Romain Gérardin, *Mémoire présenté à la Société médicale de Metz en 1823; à l'Académie de médecine en 1824* (Voy. Bandelocque, *Arch. gén. de Méd.*, t. VIII, p. 132).

(*) a, pelote en cuvette qui soutient largement le corps de l'utérus, et laisse libre le museau de tanche; le pédicule ou tige conique forme un prolongement de la cuvette; b, tube insufflateur; c, lières élastiques au nombre de quatre, s'attachant à une ceinture.

Hall (1), Heming (2), Hayden et Ireland, en 1834 (3), en Allemagne par Dieffenbach (4), Fricke (de Hambourg) (5), Scanzoni (6) et Blasius (7), en France par Velpeau, en 1835 (8), Aug. Bérard (9), Rognetta (10), Ph. J. Roux (11) et Stoltz, en Italie, par Bellini (12) et d'autres.

L'épisioraphie pratiquée suivant les indications de Fricke (de Hambourg) consiste à aviver les trois quarts postérieurs des grandes lèvres et à réunir les parties avivées par des points de suture métallique.

Simon rétrécit l'orifice vulvaire en faisant un avivement triangulaire sur la face postérieure du vagin. Le sommet du triangle correspond au repli vaginal postérieur, et la base répond à la fourchette; on rapproche ensuite les surfaces cruentées par 8 à 10 points de suture.

L'*élytrorrhaphie* est une opération qui a pour but de diminuer le calibre du vagin afin d'offrir un soutien à l'utérus. L'opération consiste à enlever une bande de la muqueuse vaginale et à rapprocher les bords de la surface cruentée par la suture.

Plusieurs procédés ont été employés pour obtenir ce résultat, nous ne décrivons que ceux qui ont été préconisés par Sims et par Emmet.

a. *Elytrorrhaphie* par le procédé de Sims. — La malade étant préa-

(1) Marshall Hall, *Gazette médicale de Paris*, 21 janvier 1832, p. 32.

(2) Heming, *London med. Gazette*, vol. IX, p. 269; *Lancet*, 25 mai, 1^{er} juin 1839.

(3) Ireland, *Dublin Journal*, vol. VI, p. 484, janvier 1835.

(4) Dieffenbach, *Berlin med. Zeitung*, 1836, n^o 31.

(5) Fricke, *Annalen der chirurg. Abtheil. des allelgem. Krankenhauses*. Hambourg, 1833, t. II, p. 142.

(6) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. française. Paris, 1858.

(7) Blasius, *Neues Verfahren bei Gebärmutter Vorfällen* (Preuss. Vereines Zeit, 1844, n^o 41).

(8) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2^e édition. Paris, 1839, t. IV, p. 391.

(9) Aug. Bérard, *Gazette médicale*, 21 novembre 1835.

(10) Rognetta, *Bulletin de therap. méd.-chir.*, septembre 1835.

(11) Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, t. I, p. 450.

(12) Bellini, *Bolletino delle scienze med.*, janvier 1836; *De la colpodesmographie*, p. 35.

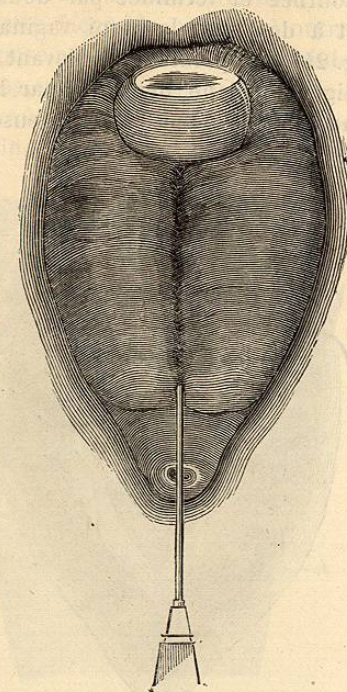


Fig. 215. — Sonde courbe fixée sur le col et déprimant la paroi vaginale antérieure dans le procédé d'élytrorrhaphie de Sims.

lablement anesthésiée, et placée dans le décubitus latéral gauche, on découvre le col au moyen du spéculum univalve de Sims. Une tige recourbée et terminée par deux crochets est fixée dans le col et sert à déprimer la paroi vaginale antérieure sur sa partie médiane (fig. 215). L'opérateur, soulevant alors la muqueuse de chaque côté de la ligne médiane, déprimée par la tige à crochets, au moyen de deux ténaculums, coupe la muqueuse avec des ciseaux et enlève ainsi

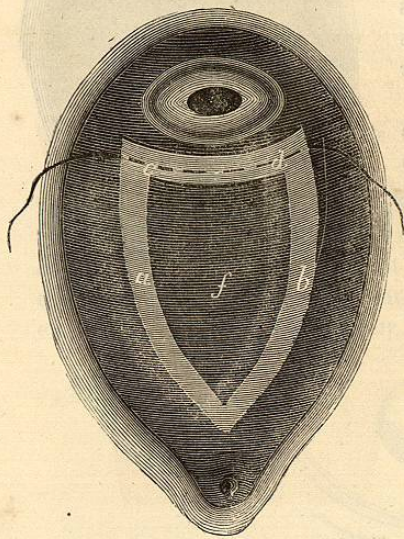


Fig. 216. — Elytrorrhaphie par le procédé d'Emmet (*).

deux bandes de tissu depuis l'entrée du vagin jusqu'au voisinage du col.

Les surfaces dénudées ayant 8 à 10 millimètres environ de largeur se présentent sous l'aspect d'un V dont l'ouverture regarde le col. Lorsque cet avivement est terminé, on enlève la sonde fixée dans le col et l'on attire cet organe en bas au moyen d'un petit ténaculum; on pratique alors à chaque extrémité des branches du V deux surfaces d'avivement qui vont au-devant l'une de l'autre, mais entre lesquelles on laisse toutefois au niveau de la partie médiane une petite portion de muqueuse.

Les sutures sont ensuite placées en commençant par en bas

et l'utérus repoussé par la sonde permet de placer les sutures supérieures.

Lorsque les sutures sont serrées, on enlève la sonde.

b. Elytrorrhaphie par le procédé d'Emmet. — Le Dr Emmet ayant reconnu que dans le procédé de Sims, le col est susceptible de s'engager dans la partie non dénudée, laissée à la partie supérieure, pratique l'avivement complet de la muqueuse entre les extrémités des branches du V.

Emmet procède de la façon suivante : il commence par soulever un lambeau de la muqueuse sur l'un des côtés du col à une distance convenable, au moyen d'un ténaculum, et coupe avec des ciseaux, il reproduit ensuite la même manœuvre du côté opposé et réunit les deux points par un avivement transversal, il fait alors une suture métallique (c, d, fig. 216) et serre le fil afin d'opérer le rapprochement des surfaces.

Cette suture, en rapprochant les tissus, produit tout naturellement le sillon que Sims obtient au moyen de la sonde courbe implantée sur

(*) a, b, surface d'avivement; c, d, suture supérieure; f, partie non avivée.

le col. L'opérateur soulève alors un lambeau de la muqueuse avec un ténaculum, de chaque côté, sur le repli vaginal, et le coupe, puis il passe immédiatement une suture. Il continue ensuite l'avivement sur un point plus bas et suture aussitôt. Cette façon de procéder, outre qu'elle évite l'écoulement du sang, n'expose pas à aviver sur des points qui plus tard ne seraient pas symétriques.

Une fois l'opération terminée on laisse la malade au lit et on provoque la constipation pendant une semaine, en donnant journellement de l'opium par doses fractionnées. On vide la vessie

2 à 3 fois par jour au moyen de la sonde et l'on enlève les sutures inférieures du huitième au dixième jour et les supérieures du douzième au quinzième jour.

On a encore cherché à maintenir l'utérus réduit au moyen du *cloisonnement du vagin*; ce procédé, qui a été préconisé récemment par M. le professeur Léon Le Fort (1), a donné dans plusieurs cas des résultats très favorables.

M. Le Fort décrit son procédé de la manière suivante :

« L'utérus étant tout à fait en dehors de la vulve et sans chercher à le réduire, je fais d'abord sur la paroi antérieure du vagin, la malade étant dans le décubitus dorsal, quatre incisions limitant un lambeau de la muqueuse que j'enlève, ce qui me donne un avivement de 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur et portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve (fig. 217). Puis, faisant soulever et relever, du côté de l'abdomen, l'utérus prolapsé de manière à avoir sous les yeux la face postérieure de la tumeur, je fais sur cette partie un avivement semblable à celui que j'ai effectué sur la paroi antérieure; cela fait, je réduis en partie l'utérus, assez pour mettre en contact les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée

(1) L. Le Fort, *Nouveau procédé pour la cure du prolapsus utérin* (Bull. gén. de thérapeutique, 30 avril 1877).

(*) A, surface d'avivement antérieure; B, surface d'avivement postérieure; U, extrémité supérieure de l'utérus; UR, ouverture de l'urèthre.

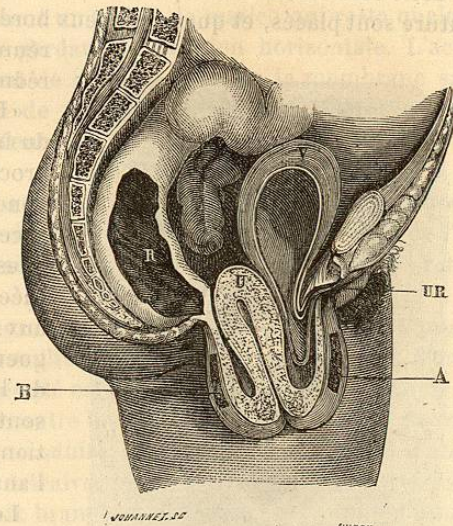


Fig. 217. — Surface d'avivement dans le cloisonnement du vagin par le procédé de M. Léon Le Fort (*).