

celle de la *réductibilité* de la tumeur et de son degré de coercibilité. L'irréductibilité peut n'être que momentanée et due à une augmentation congestive de son volume : on fera une nouvelle tentative après quelques jours de repos au lit. Si elle est définitivement irréductible, cela tient à des adhérences soit de la muqueuse vaginale à l'utérus, soit des feuillettes des culs-de-sac péritonéaux opposés. Il faut, en outre, analyser toutes les lésions superficielles de la tumeur, l'état du col, du périnée et, autant que possible, des ligaments supérieurs, rechercher si des anses intestinales sont contenues dans les culs-de-sac, etc.

Enfin, il importe d'établir, par l'interrogatoire et l'examen direct, l'état de statique des organes abdominaux et de fonctionnement de l'appareil rénal et de l'appareil pulmonaire, vérifier la musculature générale, voir si le prolapsus est d'origine obstétricale, s'il a commencé par le vagin ou par l'utérus, établir la relation qui peut exister entre la lésion et les troubles nerveux ou l'état mental, etc. De ce diagnostic complexe et circonstanciel dépendent le choix d'un traitement rationnel et le succès définitif de celui-ci.

Traitement. — On conçoit aisément que le traitement ne puisse être uniforme contre une lésion qui revêt des aspects si multiples et chez des malades se présentant dans des conditions si diverses. D'innombrables méthodes ont été proposées et mises en œuvre, ingénieuses ou bizarres, et dont l'historique seul comporterait un long chapitre. Nous nous limiterons à l'exposé des principales. On peut les diviser en *médicales*, ou non sanglantes, et opératoires, ou *chirurgicales*.

1. **Méthodes de traitement médical.** — Elles emploient les moyens *prophylactiques*, *kinésithérapiques* et *orthopédiques*.

a. **PROPHYLAXIE.** — Elle est applicable surtout pendant la période puerpérale et consiste dans la réalisation de deux conditions principales : l'asepsie parfaite de l'accouchement et de ses suites et la réparation immédiate et soignée des lésions, même peu étendues, du périnée et du vagin. L'hygiène des suites de couches doit être, en outre, judicieusement dirigée. La période de repos nécessaire au lit, après l'accouchement, doit varier sans doute avec l'état de vigueur générale de chaque malade et avec la simplicité ou les complications de l'accouchement; mais elle ne doit guère être inférieure à quinze ou vingt jours. Pendant une période ultérieure au moins égale, l'accouchée devra encore éviter les efforts de toute nature, les travaux pénibles, les rapports conjugaux et la constriction du corset, des vêtements, des ceintures compliquées, à pelote antérieure, ou des bandages abdominaux trop serrés, que les sages-femmes conseillent trop volontiers, dans le but illusoire de corriger la déformation abdominale. Ces indications sont d'ailleurs données en détail dans les traités d'obstétrique.

Chez les jeunes filles et les jeunes femmes chlorotiques, anémiques, asthéniques, il est sage d'envisager l'avenir au point de vue particulier qui nous occupe et de conseiller les moyens capables de développer la musculature du bassin.

b. **KINÉSITHÉRAPIE** (1). — Ce mode de traitement, érigé en méthode et magistralement employé par Thure-Brandt, jouit d'une grande vogue dans les pays scandinaves, en Russie, en Allemagne. Il s'est encore peu acclimaté en France, bien qu'il puisse rendre de réels services, particulièrement dans les cas de relâchement primitif des moyens de suspension, entre les mains de masseurs expérimentés et chez des malades confiantes. En effet, le traitement doit se prolonger pendant plusieurs semaines, souvent plusieurs mois. Si Thure-Brandt, Sielski, Strojnowski, von Preuschen, Winaver, etc., en ont obtenu de bons résultats, d'autres, Filnerr, Winberg, etc., en ont été moins satisfaits.

Il consiste, dans ses parties essentielles, en trois ordres de moyens : 1° massage bi-manuel, à travers les parois du vagin et de l'abdomen, dirigé sur les ligaments et destiné à reconstituer leur tonicité ; 2° mouvements d'élévation de l'utérus, en masse et saisi à pleines mains à travers les parois abdominales, avec l'assistance d'un aide qui le soulève par le vagin ; 3° mouvements actifs d'adduction et d'abduction des cuisses et mouvements passifs imprimés par l'opérateur pendant que la malade s'y oppose de toutes ses forces. Ces manœuvres ont pour but de faire contracter les muscles du bassin et, en particulier, les sphincters et le releveur.

TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE. — Il a pour objectif de contenir les parties prolabées au moyen d'appareils appropriés qui prennent le nom de *pessaires* ou d'*hystérophores*.

Les *pessaires* sont des instruments, de formes innombrables, destinés à soutenir l'utérus en prenant leur point d'appui sur les parois du vagin, et sur le périnée. Les uns ne peuvent que s'opposer à la descente de l'utérus, quelle que soit son orientation, et sans corriger celle-ci. Tels sont : les pessaires ovoïdes de Breisky, l'anneau de Mayer-Dumontpallier (fig. 83), le pessaire à ailettes de Zwanck-Schilling (fig. 85), les appareils à insufflation comme le pessaire de Gariel (fig. 84), etc. Les autres visent, en même temps que le maintien, le redressement de l'utérus dévié : ce sont les pessaires de Hodge à courbure variable, les pessaires de Schultze, en traîneau (fig. 86), en 8 de chiffre (fig. 87), en gimblette. Les modèles en sont nombreux, et sont des modifications plus ou moins heureuses de ces types principaux. L'usage des pessaires proprement dits suppose, sinon l'intégrité, au moins la survivance d'une certaine tonicité du périnée et du vagin. Il est clair qu'ils ne peuvent étayer l'utérus qu'à condition de reposer

(1) Voy. CÉCILE LEDER, *Arch. de gynéc.*, 1895. — Mme PELTIER, th. de Paris, janvier 1895. — STAFFER, *Traité de kinésithérapie gynécologique*. Paris, 1897.

eux-mêmes sur un point d'appui suffisamment résistant. Mais ce point d'appui finit par se déplacer, par céder à son tour sous la pression que

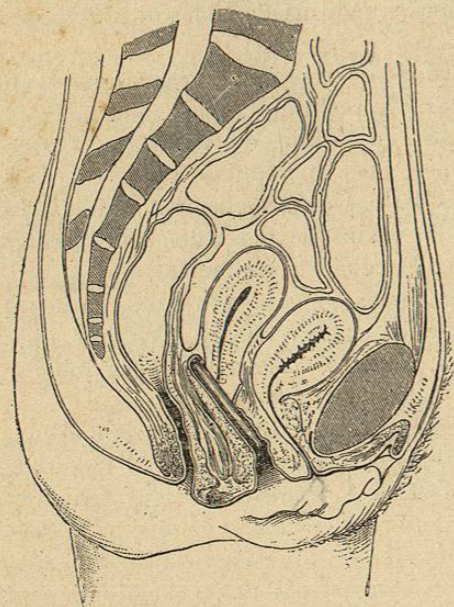


Fig. 83. — Pessaire-anneau *in situ*.

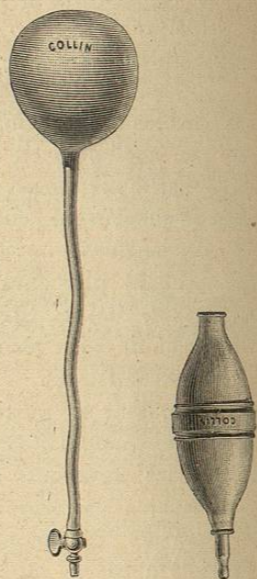


Fig. 84. — Pessaire à air de Gariel

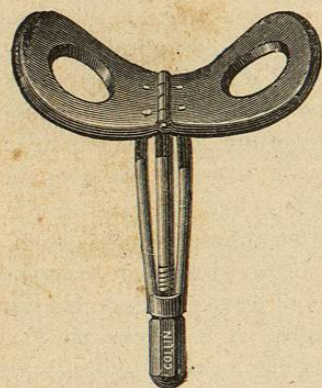


Fig. 85. — Pessaire à ailettes de Zwanck-Schilling.

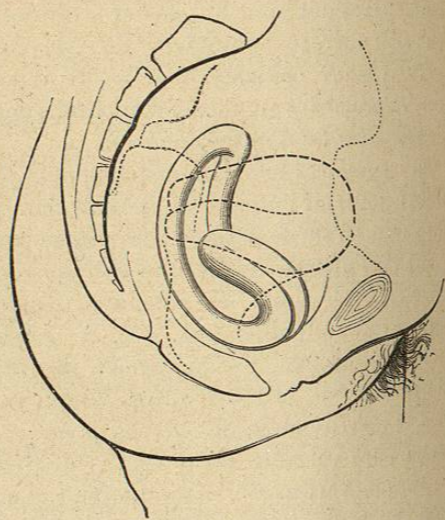


Fig. 86. — Pessaire en traineau de Schultze *in situ*.

lui transmet l'instrument, d'où la nécessité d'augmenter sans cesse les dimensions de celui-ci. Ce mode de traitement ne convient donc guère, à titre provisoire, que chez de jeunes femmes à prolapsus

utérin primitif, ayant conservé l'intégrité relative de leur périnée et, à titre définitif, chez les vieilles femmes dont l'atrophie sénile a rétréci le vagin. Dans tous les cas, l'instrument adopté ne doit, pour être utile et inoffensif, gêner la malade dans l'évacuation de la vessie ni du rectum, dans le coït, la marche, dans aucune des attitudes, ni aucun des mouvements usuels.

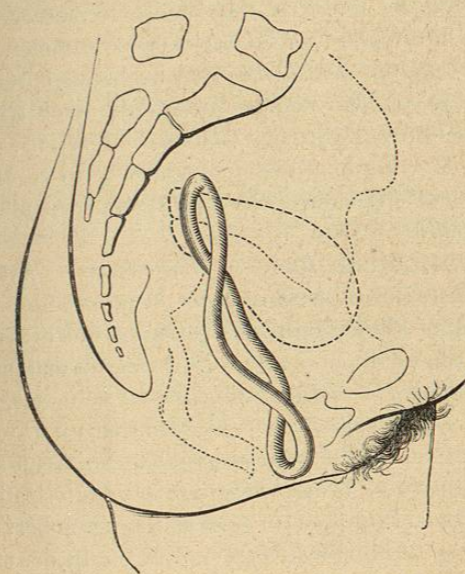


Fig. 87. — Pessaire en huit de chiffre de Schultze.

Lorsque le vagin est prolapsé lui-même, et le périnée complètement défaillant, on emploie les *hystérophores*, instruments combinés de telle sorte que le point d'appui est reporté sur une ceinture abdominale. Ils se composent essentiellement d'un pessaire vaginal, de forme variable: anneau, tampon cylindrique ou ovoïde, coupe, etc., monté sur une tige qui va se fixer soit directement, en se recourbant, à la ceinture, soit à une bande intercrurale qui se boucle en avant et en arrière sur la ceinture. Les malades elles-mêmes arrivent à adapter à leurs besoins des appareils plus ou moins ingénieux dont le plus rudimentaire est formé d'une serviette munie d'un tampon, et nouée en avant et en arrière à une ceinture. Les plus connus de ces appareils sont les ceintures à pelote périnéale, l'hystérophore de Roser-Scanzoni, le pessaire en bondon de Borgniet, à cuvette de Cutter, etc. Ils sont indiqués contre les vieux prolapsus réductibles, mais incoercibles par défaut du périnée, chez les femmes obèses, éventrées et ne pouvant ou ne voulant se soumettre au traitement chirurgical.

Quel qu'en soit le modèle, l'application de ces instruments doit être précédée de la réduction du prolapsus. Cette réduction est facile

en général, quelquefois plus laborieuse dans les vieilles procidences mal contenues. Pour opérer la réduction, la malade, le rectum et la vessie préalablement vidés, est placée dans la position dorso-sacrée, la surface de la tumeur lubrifiée, et, avec les doigts réunis en cône on la refoule doucement de bas en haut. Dans les grands prolapsus œdémateux, il est parfois nécessaire de laisser la malade au lit plusieurs jours avant de tenter la réduction, de masser la tumeur et de la réduire de haut en bas, de la base vers le sommet.

Les pessaires exigent des soins continus de propreté, des injections quotidiennes ou des lavages fréquents, sans quoi ils deviennent une cause d'irritation, de leucorrhée fétide, d'ulcérations et quelquefois de complications pelviennes graves. Dans tous les cas, ils ne peuvent être considérés que comme pis aller ou comme traitement d'attente.

II. *Traitement chirurgical.* — *Historique.* — Avant d'aborder la description des opérations sanglantes dirigées aujourd'hui contre le prolapsus, nous allons rappeler quelques-uns des procédés employés jadis, et abandonnés comme illusoire ou dangereux.

Les *cautérisations du vagin*, chimiques ou actuelles, avaient pour but d'obtenir le rétrécissement de ce conduit par un travail de cicatrisation, de sclérose ou d'adhérence secondaire aux tissus sous-jacents. Meding (1830), Girardin, Laugier faisaient des cautérisations linéaires au nitrate d'argent; Philipps, à l'acide nitrique. Jobert (1840), après des cautérisations semblables, attendait la chute des escarres, puis tentait la réunion secondaire. Laugier, Kennedy, Dieffenbach employaient le fer rouge en applications verticales; Colles et Simon en raies circulaires; Desgranges, le chlorure de zinc, en pinçant des replis du vagin dans les mors creux d'une pince chargée de ce caustique. Chipendal alla jusqu'à inoculer du virus blennorrhagique sur la muqueuse vaginale. Plus récemment, Michael a obtenu un succès au moyen d'injections interstitielles d'alcool absolu.

D'autres ont eu recours à des *ligatures* permanentes, élastiques ou non, de replis du vagin: Richter, Hedrik, Rokitansky, etc. Chéron a imaginé un forcipresseur agissant d'une manière analogue. Bellini (1835), Blasius (1844), faisaient des *sutures* sous-muqueuses au fil d'argent dans une moitié du vagin, dans le but de rétrécir ce conduit et de déterminer des adhérences profondes. Nous verrons plus loin comment, plus récemment, Péan, Freund, Gubaroff ont rénové cette vieille méthode. Citons encore l'*épisiorrhaphie*, imaginée en 1833 par Fricke, et consistant dans l'avivement au bistouri et dans la suture de la face interne des grandes lèvres; l'*hyménorrhaphie* (Mende, 1834), opération analogue; l'*infibulation* (Dommes, 1833), au moyen d'un anneau d'or ou d'argent passé au travers des lèvres. Il est clair que ces obstacles superficiels opposés à l'issue des parties prolapsées ne peuvent les remettre en place, et ne peuvent que les

masquer ou les contenir momentanément et au prix de tiraillements peut-être aussi pénibles que la lésion elle-même.

Peu à peu, cependant, on comprenait que, pour être utile, l'avivement devait se prolonger plus haut dans le vagin et Malgaigne d'abord, puis Credé, Baker Brown, Kuchler, Linhart, Gillette, etc..., en augmentant les proportions de l'épisiorrhaphie, posaient les premiers jalons de la colpopérinéorrhaphie.

En même temps, d'autres opérateurs essayaient de rétrécir le vagin en supprimant des lambeaux irréguliers de ses parois, et en suturant les bords de l'avivement. Marshall Hall, dès 1825, procédait ainsi, et il était imité successivement par Girardin, Ireland, Hemming, Velpeau, Dieffenbach, B. Brown, etc.

Les colporraphies, telles qu'on les pratique aujourd'hui, émanent de ces tâtonnements, et ne sont que l'expression régulière de la méthode. Sims (1865), puis Emmet, pour la colporraphie antérieure, et Simon (1867), suivi par Hegar, pour la colpopérinéorrhaphie, lui donnèrent une formule définitive dont les divers procédés actuels ne sont que des dérivés.

L'infinie variété des opérations proposées contre le prolapsus s'explique non seulement par la variété et la complexité des lésions, mais encore par les modalités diverses de son évolution et par l'interprétation différente que chacun donne de sa pathogénie. Les uns, en effet, mettent en première ligne l'insuffisance des agents de contention; les autres, celle des moyens de suspension; d'autres, enfin, admettent la solidarité d'action de ces deux ordres de facteurs. Or, le traitement ne doit pas tendre seulement à supprimer la lésion objective actuellement constatée, mais à prévenir sa récurrence en enrayant le processus. D'où la multiplicité des méthodes opératoires employées isolément ou diversement associées.

Afin de les exposer avec plus d'ordre, nous les diviserons en: 1° opérations ayant pour but le rétrécissement du vagin, et la réfection du plancher périnéal, ou *opérations de contention*; 2° opérations destinées à suspendre l'utérus, par lui-même ou par ses ligaments, ou *opérations de suspension*. Dans nombre de cas, il est nécessaire d'associer entre eux ces deux ordres de moyens. Enfin, 3° opérations s'adressant à l'utérus lui-même: *hystérectomie partielle ou totale*.

A. *Opérations de contention.* — Ce sont: la *colporraphie antérieure* et la *colpopérinéorrhaphie*.

a. COLPORRAPHIE ANTÉRIEURE. — Sims excisait de chaque côté deux bandelettes en forme de V, dont le sommet correspondait au voisinage de l'orifice urétral, et les réunissait l'une à l'autre par-dessus la colonne antérieure conservée. Puis, pour éviter que le col ne vint se fixer dans la poche conique ainsi créée, il la ferma en partie par deux petits avivements émanant transversalement de l'extrémité de