

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, Kùchler, 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

chaque branche du V. Dans le même but, Emmet donnait à l'avivement la forme triangulaire d'une truelle. Hegar le fait ovalaire, sans trop se préoccuper de la régularité de sa forme. En effet, la figure de l'avivement, comme ses dimensions, doit dépendre de l'apparence et de l'étendue de la cystocèle.

L'opération comporte les temps suivants : 1° incision; 2° avivement; 3° suture.

1° *Incision.* — La malade est dans la position de la taille, rasée et nettoyée. La préparation aseptique du vagin est indispensable pour assurer la réunion primitive, condition nécessaire du succès, et se réalise ainsi : savonnage et brossage à l'eau bouillie simple; puis friction au moyen d'un tampon imbibé d'une solution de permanganate de potasse à 25, et même 50 p. 1000; décoloration au bisulfite; enfin large irrigation au sublimé à 1 p. 3000. Pendant l'opération, une irrigation continue à l'eau bouillie ou légèrement antiseptique (acide borique, chlorure de chaux, etc.) garantit l'asepsie, fait l'hémostase et éclaire le champ opératoire.

On jalonne d'abord, au moyen de pinces à traction, les limites de l'incision. Une pince est placée en arrière du méat, plus ou moins près suivant le degré de procidence ou d'hypertrophie de la paroi inférieure de l'urètre; une deuxième est fixée très près du col ou, mieux, en plein sur sa lèvre antérieure. La tension de ces deux pinces indique le grand diamètre du futur avivement. Deux autres pinces sont placées latéralement; en les rapprochant, en les déplaçant au besoin, on se rend compte du degré de tension qu'aura la suture et des limites qu'on doit donner au diamètre transversal de la figure. Passant par ces quatre points, on trace au bistouri, en arrondissant les angles, une incision qui doit intéresser toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale. Suivant la forme de la colpocèle et la hauteur à laquelle on aura été conduit, d'après elle, à placer les pinces latérales, on aura ainsi un losange, une ellipse ou un triangle à base curviligne (fig. 88).

2° *Avivement.* — L'avivement se fait au bistouri ou aux ciseaux courbes.

Au bistouri, on dissèque d'abord la muqueuse au niveau de l'urètre, où elle est plus adhérente. Puis, lorsque le décollement est amorcé, si on est bien dans le plan de clivage, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire intervésico-vaginal, et que la muqueuse ne soit pas trop friable, il est facile, au moyen d'une spatule mousse, ou mieux avec le pouce ou l'index, d'achever le décollement du lambeau. Si l'adhérence est plus intime, la libération se fait tout entière au bistouri, d'un côté à l'autre, en dirigeant toujours le tranchant vers le vagin, afin de ne pas léser la vessie. Martin se sert, au lieu de pinces à disséquer, d'une tige munie de pointes, comme un râteau, autour de laquelle il enroule la muqueuse. Le lambeau détaché, on étanche le sang, on régularise la surface et on lie, au besoin, les artérioles vaginales qui saignent.

La suture, d'ailleurs, suffit généralement à assurer l'hémostase.

Aux ciseaux courbes, on détache par petits coups rapides, répétés, sans se préoccuper de suivre une direction régulière, toutes les sailles de la muqueuse. Mieux que l'irrigation continue, un tampon humide, manœuvré par un aide, enlève les petits lambeaux détachés et éclaire. Quand on croit avoir avivé toute la surface limitée par les incisions, il est bon d'en faire la révision, de réséquer tout îlot d'épithélium oublié et qui pourrait donner, plus tard, naissance à un kyste par inclusion.

Ce mode d'avivement exige de très bons ciseaux, d'une courbe convenable, et une certaine expérience de leur maniement, mais il est plus rapide que la dissection et précieux surtout lorsque la muqueuse, infiltrée, friable, se déchire aux moindres tractions de la pince. Néanmoins, lorsque la colpocèle est lâche, les tissus épais et exubérants, nous préférons la dissection qui enlève une épaisseur plus grande de lambeau.

3° *Suture.* — La suture se fait de bas en haut, c'est-à-dire de l'urètre vers le col et, plus commodément, de gauche à droite, par rapport à la malade. Quelle que soit l'aiguille employée — aiguille courbe, de Reverdin, ou montée sur un porte-aiguille, aiguille de Doyen, de Péan, etc., elle pénètre très près du bord de la muqueuse, chemine le long de la surface cruentée, en l'accrochant de distance en distance et sans pénétrer dans la vessie, et ressort symétriquement sur le côté opposé.

Il ne faut pas se contenter de réunir bord à bord la muqueuse; on laisserait ainsi des espaces morts, favorables à l'accumulation du sang. Les points sont espacés de 1 centimètre environ et séparés, s'il est besoin, par des points superficiels. Avant de serrer les fils, faire refouler les tissus profonds afin de réaliser un affrontement parfait, nécessaire pour une bonne réunion.

Tous les matériaux de suture sont employés: ils ont leurs avantages et leurs inconvénients. La soie, cependant, qui s'infecte facilement et coupe les tissus, est généralement abandonnée. Le catgut, en points séparés, n'a pas toujours une durée et une résistance suffisantes. Les fils d'argent sont employés par beaucoup d'opérateurs. Nous employons de préférence, lorsque la tension n'est pas excessive, les crins de Florence, qui passent facilement, ne coupent pas les tissus et peuvent rester en place sans causer d'irritation. Sans doute, il faut les enlever, vers le douzième ou le quinzième jour, et on ne les voit pas très bien sur la muqueuse; mais le doigt, à défaut de l'œil, permet de les pincer facilement et on peut, d'ailleurs, les employer teints d'une couleur d'aniline.

Bon nombre d'opérateurs emploient la suture continue au catgut, à plusieurs plans, si la surface est large et la tension trop prononcée (Hoffmeier, Schröder, Werth, Schede, Pozzi, etc.). Lejars l'appelle *procédé à plicatures profondes*.

Ce mode de suture s'impose dans les larges avivements ovalaires, alors que, les parois latérales cédant peu, des points séparés n'arriveraient pas à rapprocher les bords de la muqueuse. En pareil cas, il est bon de consolider l'appareil de suture par quelques points séparés au fil d'argent ou au crin de Florence (fig. 89).

Enfin, lorsque l'avivement affecte plus ou moins la forme triangulaire, on peut, à l'exemple de Doléris, réunir isolément les bords des deux angles inférieurs et la ligne de suture représente alors un Y renversé (fig. 88).

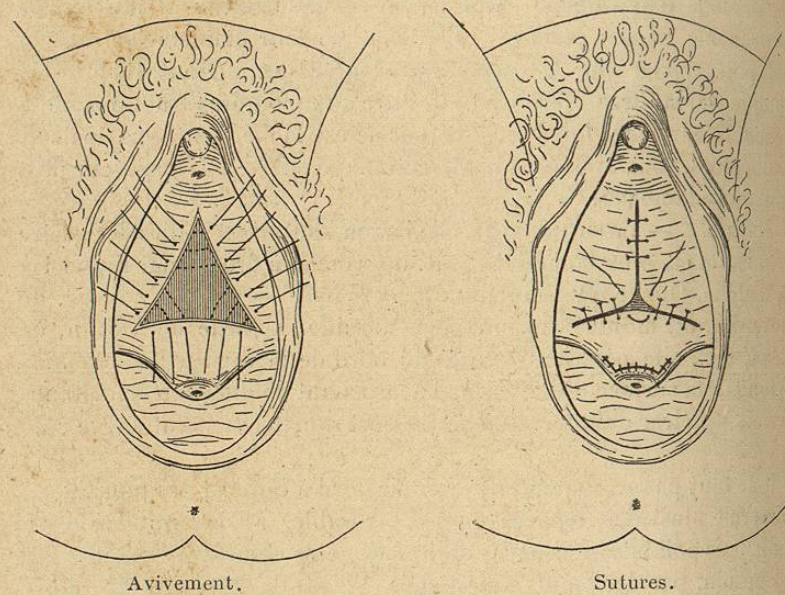


Fig. 88. — Colporraphie antérieure (procédé Doléris).

Stoltz (de Nancy), imité par Mundé, fait un avivement circulaire: au moyen d'une soie, montée sur deux aiguilles, il circonscrit l'avivement en passant dans l'épaisseur de la muqueuse, à quelques millimètres de son bord cruenté; puis, refoulant les tissus vers la vessie, il serre les fils. L'affrontement se fait, en bourse, par plissement circulaire. Un des fils est coupé court et l'autre ramené et fixé dans l'aine.

Fehling, afin d'éviter la tension et de réserver une plus grande largeur de tissus, fait une double colporraphie latérale. La colonne antérieure du vagin, respectée, sert de point d'appui, de part et d'autre, aux sutures. Il conseille, en outre, pour éviter les tiraillements, d'attendre la cicatrisation complète avant de procéder à la colporraphie postérieure.

Schücking, sans faire de perte de substance, trace une incision transversale au voisinage du col, dissèque, sans réséquer, en haut

et en bas, puis, écartant les lambeaux, de manière à figurer un losange, il suture longitudinalement, de gauche à droite. Il a donné à ce procédé le nom de *colpochiasnéorrhaphie* en raison de la disposition en croix de la ligne d'incision et de la ligne de suture. Il en résulte un épais repli cunéiforme de la muqueuse qui soutiendrait l'utérus comme un pessaire.

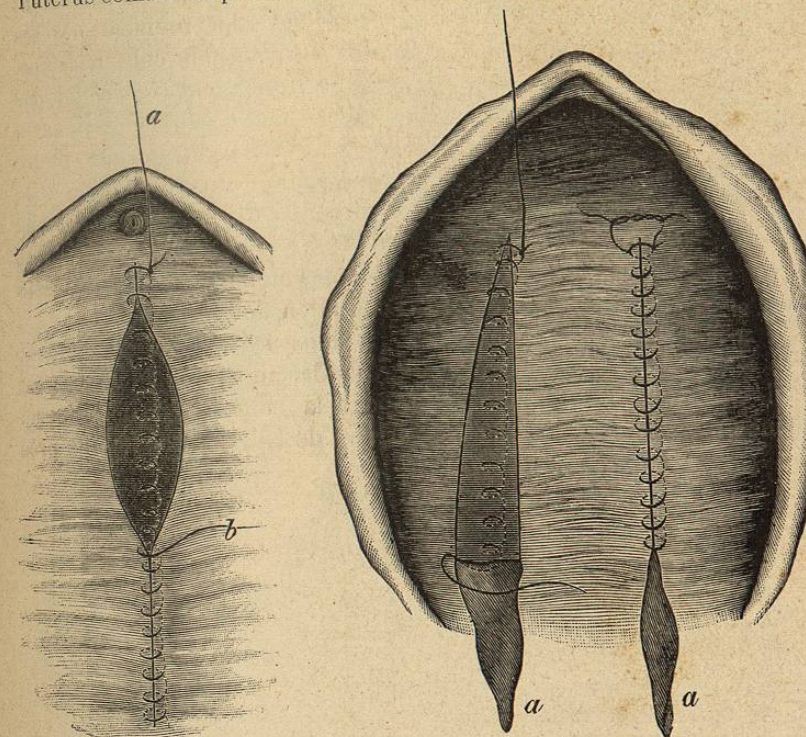


Fig. 89. — Colporraphie antérieure. Suture étagée continue. — a, extrémité supérieure du fil; b, extrémité inférieure du fil.

Fig. 90. — Élytrorrhaphie bilatérale. Suture étagée continue. — a, lambeaux disséqués (Aug. Martin).

De nombreuses variantes peuvent être apportées à la colporraphie: il importe avant tout de supprimer assez de tissu et d'assurer la réunion primitive pour se mettre à l'abri des récidives.

b. COLPORRAPHIE POSTÉRIEURE (fig. 90). — La lésion initiale et principale résidant ordinairement dans le périnée, il est rarement indiqué de recourir à la colporraphie pure. L'opération fondamentale et nécessaire est la *colpopérinéorrhaphie* en donnant à l'avivement du périnée et du vagin les dimensions relatives que comporte chaque cas.

Deux méthodes opératoires peuvent être employées: l'*avivement* et le *dédoublement*.