



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

640

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Olivier CAFFEAU

Né le 31 octobre 1898, à Aniche (Nord)

Misc. A 48.14

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DU

PROLAPSUS UTÉRIN SÉNILE

(PROCÉDÉ DE LE FORT)

Président : M. J.-L. FAURE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Co, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Olivier CAFFEAU

Né le 31 octobre 1898, à Aniche (Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DU

PROLAPSUS UTÉRIN SÉNILE

(PROCÉDÉ DE LE FORT)

Président : M. J.-L. FAURE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Co, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHARD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	COSSET.
	De LAPERSONNE.
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	BROCA Auguste.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
	BUVAL.
	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
EASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHEPIÈRE.....	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
GADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
GERAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FISSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.....	Urologie.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).....	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERRER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBOULLET. Clinique médicale infan-
tile.
LÉRI:..... Clinique médicale.
LÉPER..... Clinique médicale.

MM.

OMBREDANNE. Clinique chirurgicale in-
fantile.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé..... } Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
l'adulte pour les accidentés du travail, les
mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY..... } Stomatologie.
N..... } Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD..... } Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions
émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
probation.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR CHARLES CAFFEAU
Chevalier de la Légion d'honneur

A MA MÈRE

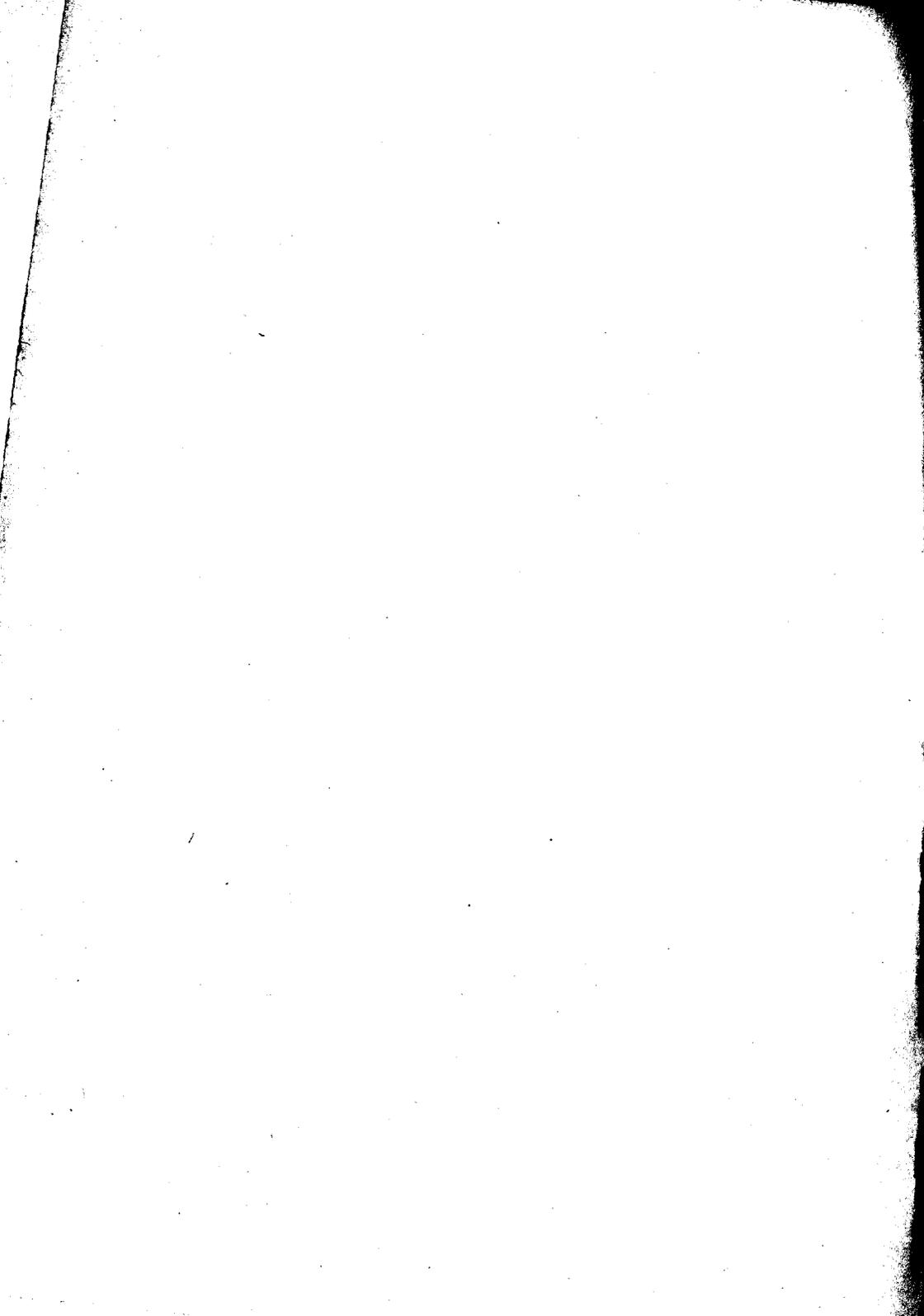
Hommage de filiale reconnaissance.

A MA FEMME

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE CLERMONT-FERRAND, TOURS ET PARIS

Que M. le Professeur J.-L. FAURE
Chirurgien de l'hôpital Broca
Professeur de Clinique gynécologique
Officier de la Légion d'honneur

*Veuille bien trouver ici l'hommage
de notre profonde et respectueuse gra-
titude, pour l'honneur qu'il fait en
acceptant la présidence de notre thèse.*



INTRODUCTION

Dans cette thèse, nous n'avons eu pour but que d'apporter les résultats obtenus par M. le professeur J.-L. Faure et ses élèves de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca dans le traitement opératoire des prolapsus séniles, en particulier par le procédé de Le Fort.

Nous avons recherché les cas opérés par cette méthode depuis plusieurs années et nous avons essayé d'avoir des nouvelles récentes pour juger des résultats éloignés de l'opération.

Le professeur Faure a toujours utilisé le procédé depuis plus de trente ans et il ne cesse dans son enseignement clinique d'en vanter les avantages sur tous les autres procédés. Son opinion n'est pas seulement basée sur une conception théorique mais sur les fruits de son expérience personnelle, car il a essayé d'autres méthodes, en particulier les opérations de vaginofixation (Wertheim-Schauta). Celles-ci n'ont pas modifié son opinion.

Il est à remarquer que l'opération de Le Fort, ou cloisonnement du vagin, a été pendant longtemps très peu employée, sauf par quelques chirurgiens français; comme nous le verrons plus loin au chapitre de l'his-

torique. Elle a été, de même, longtemps ignorée à l'étranger, sauf quelques rares exceptions.

Nous voudrions dans ce travail, non point faire un panégyrique enthousiaste de l'opération de Le Fort, mais en étudier les avantages et les inconvénients pour tâcher d'en tirer, sans parti pris, les indications exactes.

On ne trouvera donc dans cette thèse que le reflet des idées de l'école J.-L. Faure sur cette question du traitement opératoire des prolapsus séniles.

Le Dr E. Douay, Chef de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, qui nous a guidé de ses sages conseils et qui nous a fait part de son opinion autorisée en la matière, voudra bien trouver ici l'hommage de nos très sincères remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DU
PROLAPSUS UTÉRIN SÉNILE
(PROCÉDÉ DE LE FORT)

HISTORIQUE

Le 17 février 1877, Léon Le Fort fit connaître à la Société de Chirurgie l'opération dite du cloisonnement du vagin qui, depuis cette époque, porte son nom. Son idée première était de créer entre la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin une mince surface d'accouplement dans le but d'empêcher le déroulement à l'extérieur de la muqueuse vaginale et par conséquent d'opposer un obstacle au prolapsus utérin. Son opération primitive était donc très limitée en largeur : ce n'était en somme qu'une simple cloison d'où son nom de « cloisonnement du vagin ». Le coït n'était pas empêché par la cloison médiane et l'opération pouvait être faite chez des femmes encore jeunes. En cas d'accouchement, il suffisait d'un coup de ciseaux sur cette bride cicatricielle pour permettre l'expulsion de l'enfant. Cette opération reproduisait d'une manière artificielle la malformation déjà connue sous le nom de cloisonnement congénital du vagin. Malheureusement les résul-

tats éloignés de cette opération restreinte n'étaient pas toujours satisfaisants : l'utérus suivait un des deux canaux ainsi formés et finissait par sortir de nouveau au niveau de la vulve. C'est pour cette raison que les élèves de Le Fort, comme Routier et Richelot, abandonnèrent dans la suite cette intervention et la condamnèrent définitivement au Congrès de Chirurgie de 1896. Actuellement par opération de Le Fort, on entend en réalité un cloisonnement *élargi* du vagin. Au lieu de créer une mince cloison médiane, on réalise une large surface d'accolement ne laissant à la cavité vaginale que deux étroits tunnels latéraux qui conduisent au col en contournant la cicatrice. Ces conduits jouent un rôle capital après l'opération puisqu'ils permettent aux sécrétions du col de s'écouler à l'extérieur et procurent ainsi un avantage considérable sur la colpectomie totale ou opération de Muller qui enferme hermétiquement l'utérus derrière un mur cicatriciel.

Le cloisonnement élargi du vagin a été utilisé depuis lors par un nombre assez restreint de chirurgiens français parmi lesquels nous citerons les éminents professeurs Hartmann et J.-L. Faure. Celui-ci en particulier n'a cessé dans son enseignement et dans ses livres de montrer les avantages importants de cette opération. A Bordeaux, Lannelongue, Dubourg, Chavannaz et Bégouin; à Lyon, Pollosson et Cotte ont également signalé la valeur thérapeutique de cette excellente méthode.

Depuis la guerre, l'opération de Le Fort est de plus en plus pratiquée. Elle a été discutée à la Société de

chirurgie et mise en comparaison, pour les prolapsus séniles, avec les autres opérations.

Ces opérations sont nombreuses et on peut les diviser en deux grandes catégories : les opérations conservatrices ou de fixation et les opérations mutilantes.

Dans la première catégorie, il faut citer :

L'amputation du col : très prisée à l'époque où l'on croyait voir, avec Huguier, dans l'allongement hypertrophique de la portion vaginale, la cause habituelle des prolapsus. Actuellement, l'amputation conique du col n'est qu'un temps accessoire au cours des autres opérations faites pour prolapsus, soit que le col ait subi un développement anormal, soit qu'il présente des lésions ulcéreuses ou de métrite chronique.

L'hystéropexie : dans laquelle on attire l'utérus fortement en haut pour faire disparaître cystocèle et rectocèle en le fixant à la paroi abdominale; pratiquée par Kœberlé, Sims, Terrier, modifiée par Pozzi et Legueu, elle est presque abandonnée aujourd'hui et remplacée le plus souvent par la ligamentopexie chez les femmes jeunes, susceptibles de devenir enceintes. Dans le prolapsus sénile, puisque la grossesse n'est plus à craindre, il y a lieu de laisser une place pour l'hystéropexie. En effet, l'utérus étant solidement fixé par toute sa face antérieure et même son fond à la paroi abdominale joue un rôle très efficace de soutien par traction sur le vagin empêchant ainsi le déroulement de ce conduit et supprimant cystocèle et rectocèle.

L'exohystéropexie qu'employaient Moreau, Depage, Lauwers et Kocher assure encore plus de solidité à cette



fixation en incorporant le corps de l'utérus dans l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure. Ces opérations de fixation de l'utérus* sont encore employées par de nombreux chirurgiens comme complément de la colpoperinéorrhaphie. On peut dire que l'association des trois opérations : colporraphie antérieure, colpopériméorrhaphie postérieure avec suture des releveurs et hystéropexie, est une méthode française qui donne d'excellents résultats et que beaucoup d'opérateurs continuent à suivre même dans les cas de prolapsus sénile.

En opposition avec cette méthode couramment adoptée en France, nous parlerons maintenant d'une opération presque inconnue à Paris et qui, en Allemagne, a encore actuellement une grande vogue. C'est l'interposition vésico-vaginale ou opération de Wertheim-Schauta.

Comme le fait remarquer Bégouin dans son rapport au XXXII^e Congrès de Chirurgie, cette opération a été pratiquée avant Wertheim par Watkins de Chicago en 1898. L'utérus basculé en antéversion est placé entre la paroi vaginale antérieure et la vessie, fixé dans cette situation par des sutures qui vont jusqu'au ligament sous-pubien réalisant ainsi une pubo-fixation. L'année suivante, en 1899, Wertheim, à Vienne, pratique une opération analogue après incision de la paroi vaginale antérieure et ouverture du cul-de-sac péritonéal. L'utérus attiré dans cette brèche et placé dans le vagin est fixé au bord de l'incision vaginale. Cette opération laisse une surface utérine à nu, exposée et se cicatrisant par bourgeonnement. Schauta améliore

bientôt la technique en suturant les bords de l'incision vaginale au-dessous de l'utérus. Nous publions dans cette thèse une observation inédite du professeur Faure : les résultats immédiats et éloignés ont été relativement favorables, le prolapsus ne s'est pas reproduit mais l'avis du professeur Faure est que la technique est difficile, l'opération longue et délicate, les suites opératoires assez pénibles pour la malade. Dans l'ensemble il ne voit à cette opération que des inconvénients et il est bien décidé à ne plus renouveler cette tentative.

Un dernier procédé, *le cerclage du vagin*, a été préconisé par J. Venot, de Bordeaux. De Fourmestraux, de Chartres, l'a employé plusieurs fois avec de bons résultats. C'est un procédé analogue au cerclage de l'anus pour prolapsus du rectum. L'inconvénient réside dans l'intolérance du fil métallique incorporé dans la paroi vaginale.

Dans la deuxième catégorie, il faut citer :

L'hystérectomie abdominale : qu'on a toujours combinée à des opérations complémentaires car, seule, elle est nettement insuffisante. On la fait suivre habituellement de la fixation du moignon du col à la paroi. Legueu fixe ce moignon à l'angle inférieur de la plaie et complète par une colpopérinéorrhaphie. Pollosson fixe le dôme vaginal aux muscles et aponévroses de l'abdomen en dehors du péritoine et sur la ligne d'incision. L'hystérectomie ne paraît peut-être justifiée que s'il existe des lésions annexielles ou utérines concomitantes qui en fournissent l'indication. Elle n'est pas sans danger et n'assure pas nécessairement la guérison du prolapsus.

La colpohystérectomie : déjà employée en 1889 par Fritsch qui, comprenant l'inutilité absolue de l'hystérectomie vaginale pure et simple, lui adjoignit le rétrécissement du vagin obtenu par l'ablation de larges lambeaux de muqueuse vaginale. Plus tard, Muller de Berne supprima l'hystérectomie pour ne conserver que la colpectomie totale, opération qui porte son nom, car pour lui, l'ablation du vagin était le seul procédé efficace pour guérir radicalement le prolapsus.

Savariaud, en France, dès 1906, se fait le défenseur de l'opération de Muller en lui adjoignant une périnéorraphie et rapporte en 1919 à la Société de chirurgie cinq observations démonstratives. Puis, Lapointe et Desmarest considérant que l'hystérectomie vaginale n'aggravait l'opération que d'une façon insignifiante, sont revenus à l'ancien procédé d'hystérocolpectomie. Delivet dans sa thèse (Paris, 1920) fait un exposé très clair de leurs idées.

Dans le rapport de MM. Bégouin et Savariaud au Congrès de chirurgie d'octobre 1923, ces discussions historiques sont rappelées dans tous leurs détails. Nous en tirerons cette conclusion que le traitement chirurgical du prolapsus utérin et en particulier du prolapsus sénile, après avoir entraîné des divergences de vues et des discussions sans nombre, n'est pas encore résolu d'une façon définitive. On peut pratiquement simplifier la question de la façon suivante : en cas de prolapsus sénile, trois opérations principales restent en présence : la colpoperinéorraphie classique avec ou sans hystéropexie, l'hystérocolpectomie et le cloisonnement du vagin.

Chacune a ses indications plus particulières. La première conserve la cavité vaginale : elle est plus spécialement indiquée chez les femmes relativement âgées mais qui n'ont pas perdu toute idée de rapprochement sexuel, et dont les releveurs n'ont pas subi une atrophie complète. La deuxième est utilisée lorsque l'utérus présente des lésions qui nécessitent son ablation : ulcérations suspectes du col, métrite sénile, polypeuse, etc... La troisième est celle qui s'applique à la grande majorité des cas; c'est l'opération à laquelle vont nos préférences parce qu'elle réunit au minimum de gravité le maximum d'efficacité.

ETIOLOGIE DU PROLAPSUS SÉNILE

Ce qui domine l'étiologie du prolapsus sénile c'est l'atrophie du tractus génital et des muscles du périnée, atrophie qui apparaît à partir de la ménopause et va en s'accroissant avec l'âge. Les modifications trophiques qui surviennent sur toute la hauteur de ce tractus génital n'ont pas toutes la même importance au point de vue de la production de prolapsus. L'utérus de la vieille femme est petit, scléreux, diminué de poids; les ovaires sont réduits à un volume très faible; le vagin lui-même a une tendance à se rétrécir. Ces lésions cependant ne paraissent pas avoir un rôle immédiat dans l'étiologie du prolapsus. Au contraire, c'est du côté du périnée qu'il faut rechercher la cause directe du prolapsus : c'est la faiblesse des moyens de soutien, c'est le relâchement de la sangle des releveurs dont l'élément musculaire disparaît presque complètement, c'est enfin la laxité des muscles et aponévroses du périnée superficiel qui permettent le déroulement du vagin à l'extérieur. Celui-ci entraîne avec lui peu à peu le col et l'utérus jusqu'à la vulve.

A quoi est due cette atrophie sénile de la sangle des releveurs? Ici interviennent des causes portant sur la nutrition générale. De même que le tissu osseux se raré-

fié chez le vieillard et l'expose davantage aux fractures à l'occasion de faibles chocs, que le tissu conjonctivo-élastique des vaisseaux devient scléreux, de même le tissu musculaire perd sa vitalité et par conséquent sa force de contraction.

La plupart des femmes atteintes de prolapsus, et c'est là une autre cause importante, ont eu dans leur jeunesse des grossesses multiples et répétées à de courts intervalles. Quelques-unes ont eu, au cours de leurs accouchements, des déchirures de périnée. La déchirure n'a cependant pas une influence considérable dans la production du prolapsus sénile si les releveurs de l'anus sont restés intacts. La rupture des muscles du périnée peut s'accompagner de cystocèle ou de rectocèle, mais le fond du vagin et l'utérus restent en bonne place, le prolapsus vrai ne se produit pas.

Les accouchements répétés, même sans déchirure, ont une action favorisante pour le prolapsus utérin sénile; les muscles distendus ne reviennent pas à leur position primitive et chaque accouchement diminue leur résistance. L'étoffe musculaire déjà déficiente à la fin de la vie génitale devient absolument insuffisante lorsque l'atrophie sénile fait son apparition. Nombre de malades opérées pour prolapsus séniles sont des femmes de la campagne qui pendant toute leur vie ont fait des travaux pénibles. Le lever précoce des accouchées n'a pas du tout les mêmes conséquences à la campagne qu'à la ville. A la campagne, la jeune mère qui se lève immédiatement reprend une vie fatigante et sans précaution aucune. Dans ces conditions, les muscles,

qui, eux, n'ont pas encore repris leur tonicité normale, se trouvent malmenés par des efforts répétés; ils se laissent distendre et seront plus tard un point d'appel pour cette infirmité qu'est le prolapsus sénile.

Le rôle du pessaire est absolument néfaste dans tous les prolapsus mais surtout dans celui qui nous intéresse. Le pessaire ne peut maintenir l'utérus en place qu'en prenant un point d'appui résistant. Malheureusement il ne peut prendre cet appui sur le squelette : ni sur le pubis, ni sur le sacrum. Il ne peut le faire que sur l'étoffe musculo-aponévrotique du périnée et en particulier sur le bord interne des deux releveurs de l'anus qui, tendus d'avant en arrière du pubis à l'épine sciatique et au coccyx, forment deux sangles sur lesquelles repose la partie inférieure du pessaire. Cette pression sur les releveurs est suffisante pour maintenir l'utérus mais elle ne peut avoir qu'une action néfaste sur ces muscles qui se distendent et s'atrophient de plus en plus. Bientôt le pessaire devient trop petit et doit être remplacé par un numéro plus fort.

La conséquence de ce mauvais traitement est la disparition progressive des seuls tissus capables d'offrir, au chirurgien un plan résistant pour son opération.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le prolapsus sénile présente des caractères particuliers qui le différencient des autres prolapsus génitaux. Presque toujours, c'est un prolapsus complet ou total. La tumeur prolabée au niveau de la vulve forme une masse ovoïde, régulière; le col est comme nivelé et ne forme qu'une saillie à peine perceptible : il est souvent réduit à un simple orifice. Cette tumeur comprend la vessie, le rectum et l'utérus.

I. — CYSTOCÈLE

La cystocèle est formée par la vessie qui soulève en avant la paroi vaginale antérieure. Entre cette paroi et la vessie, on trouve constamment un plan de clivage sans interposition de péritoine. Ce plan est facile à suivre, ce qui facilite beaucoup la dissection du lambeau antérieur. On ne rencontre aucun vaisseau important dans cette dissection sauf quelques artéριοles dans la paroi vaginale. Ces artéριοles viennent des branches vaginales qui suivent la partie latérale du vagin de telle sorte que la dissection d'un lambeau médian se fait souvent sans ouverture d'artère nécessitant la ligature. La paroi vésicale elle-même est épaisse et il n'y a aucun danger

pour le chirurgien de pénétrer dans la vessie. Il suffit, d'ailleurs, pour se rendre compte de son épaisseur, de mettre une sonde métallique dans la cavité vésicale et d'apprécier ainsi, en soulevant le bec de la sonde, l'épaisseur de cette paroi. La portion de vessie prolapsée correspond au bas-fond vésical. Dans les grands prolapsus, la presque totalité de la vessie est ainsi dans la tumeur. Cette situation de la vessie explique les troubles fonctionnels fréquemment observés quoique nous ne les ayons relevés dans nos observations que d'une façon exceptionnelle. En premier lieu, citons la rétention partielle : la vessie ne peut arriver par sa contraction à chasser l'urine contenue dans cette déclivité et après une miction spontanée il reste encore 50, 60, 100 grammes d'urine dans la vessie. Cette stagnation de l'urine prédispose à l'infection; la cystite est assez fréquente; les urines sont troubles et souvent d'odeur ammoniacale. En second lieu, l'incontinence d'urine se trouve expliquée par la distension du sphincter urétral et la béance du méat.

II. — RECTOCÈLE

La rectocèle forme la partie postérieure de la tumeur. Cette appellation est assez inexacte car en réalité ce n'est pas le rectum qui distend la paroi vaginale postérieure; c'est le péritoine avec les anses grêles. Le péritoine descend en effet derrière l'utérus plus bas que le col avant de remonter sur le rectum. C'est ce cul-de-sac péritonéal qui entre en rapport avec la plus grande partie de la paroi vaginale postérieure. Ce rapport a un

grand intérêt au point de vue de la dissection du lambeau postérieur. Il faut se rappeler la minceur de la paroi vaginale et, derrière elle, la proximité de la séreuse. La blessure de celle-ci au cours de la dissection n'est d'ailleurs pas un accident bien redoutable. Dans une de nos observations (Obs. XII), une brèche a été faite par le bistouri et il a suffi de la fermer par un point au catgut fin. En disséquant la partie inférieure ou vulvaire du lambeau, on entre en contact avec la paroi rectale. Cette proximité n'offre aucun danger réel pour la dissection du lambeau.

III. — UTÉRUS

L'utérus présente dans les gros prolapsus des modifications très importantes.

1° *Le col* est nivelé et se continue sans transition avec le vagin. Il est impossible de voir nettement ses limites. En général, le col est plus petit qu'il ne le paraît; son orifice est souvent enflammé ou ulcéré. Il s'agit là d'ulcérations traumatiques qui, devenant chroniques, ont peu de tendance à l'épidermisation et à la cicatrisation. La surface de l'ulcération est rosée, peu saignante. La base de cette ulcération est souple entre les doigts. Cependant il y a des cas douteux au point qu'une biopsie paraît indispensable pour éliminer le cancer au début. Dans une de nos observations (Obs. VIII) cette ulcération d'ailleurs un peu saignante et un peu indurée fut reconnue épithéliomateuse par l'examen histologique. On conçoit que ce diagnostic modifie totalement la

conduite que doit suivre le chirurgien. Dans sa portion sus-vaginale, le col est très allongé, mince, en baguette de tambour. Cette partie peut avoir jusqu'à 5 ou 6 centimètres de longueur; c'est ce qui s'est présenté dans l'observation XIV où l'on fit une hystérectomie vaginale avec colpectomie.

2° Le *corps* utérin est relativement petit. Quelquefois descendu dans le prolapsus, parfois en arrière, en rétroversion, le corps reste gros dans certains cas et est maintenu dans le bassin par un noyau fibreux ou par des adhérences annexielles. Ces faits sont rares et dans l'immense majorité des cas, l'utérus est petit et facile à réduire. Cette réduction est simple en général : rien ne s'oppose à la remise en place de l'utérus et du vagin. C'est le maintien même de la réduction qui est très difficile à obtenir et c'est ce qui explique les tentatives si diverses faites par les chirurgiens pour guérir cette infirmité.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Chez la vieille femme, les différents moyens de suspension et de soutien de l'utérus sont atrophiés. Tous sont déficients, mais ils ne jouent pas tous un rôle égal dans la statique de l'utérus. Les ligaments sous-péritonéaux ont un rôle pour ainsi dire nul comme moyen de soutien, aussi bien les ligaments ronds que les ligaments larges. Seuls les ligaments utéro-sacrés ont un rôle relatif en accrochant l'isthme utérin et la face postérieure du col à la partie antérieure concave du sacrum. Leur partie basse prend part à l'appareil de fixation du col que nous allons rappeler maintenant.

Les formations fibreuses péricervicales qui fixent à la fois le col et le dôme vaginal jouent un rôle beaucoup plus important dans le maintien de la situation de l'utérus. Elles comprennent :

- 1° Des fibres antéro-postérieures sacro-recto-vaginales, qui constituent la base des ligaments utéro-sacrés, et des fibres pubo-véico-cervicales qui, parties de la face postérieure du pubis, croisent le col de la vessie et se fixent sur la partie antéro-latérale du col de l'utérus;
- 2° Des fibres transversales qui suivent les vaisseaux en formant une sorte d'émanation viscérale de la gaine hypogestrique de Farabeuf.

Chez la vieille femme, le relâchement de ces différents trousseaux fibro-musculaires permet l'affaissement du vagin et l'abaissement du col; l'utérus se redresse, perd son antéflexion normale, se met dans l'axe du vagin, et le premier temps du prolapsus est accompli.

Pour qu'il se produise complètement, il faut aussi une déficience de l'appareil de soutien que nous allons maintenant étudier.

Les muscles releveurs de l'anus jouent dans cet appareil de soutien le rôle prépondérant. Si les releveurs sont solides, une déchirure, même complète du périnée après un accouchement, permet la production de la cystocèle et de la rectocèle, mais l'utérus reste en place et le prolapsus génital ne se produit pas. Au contraire, si les releveurs sont atrophiés, même avec un périnée intact, le prolapsus est fréquent. Chez la vieille femme, l'atrophie sénile des releveurs de l'anus est capitale dans la production du prolapsus. C'est un point que le chirurgien doit toujours avoir présent à l'esprit. Dans le traitement du prolapsus sénile, l'opérateur ne doit pas compter sur des releveurs solides pour faire ses sutures; il y a beaucoup de chances pour que cette étoffe soit de mauvaise qualité. La suture des releveurs sera presque toujours difficile à faire et, même bien faite, n'aurait qu'un résultat peu durable.

Dans ces conditions n'est-il pas logique de préférer à la colpopérinéorrhaphie postérieure ordinaire avec suture des releveurs l'opération qui n'utilise pas ces muscles pour guérir le prolapsus, c'est-à-dire l'opération de Le Fort? C'est là le grand avantage anatomique de cette

opération qui a toute chance de donner des résultats même dans les cas où l'atrophie sénile des muscles est poussée à son extrême limite. Il y a un intérêt capital à savoir reconnaître chez le vivant la valeur fonctionnelle des muscles releveurs de l'anus. Si ces muscles sont encore suffisants, la périnéorrhaphie peut donner la guérison en gardant la fonction génitale du vagin ; dans le cas contraire, il y a intérêt à choisir un procédé qui ne les utilise pas. Il faut encore rappeler à ce sujet le rôle néfaste des pessaires qui augmentent l'atrophie des releveurs par la distension permanente. Lorsqu'une malade a porté un pessaire pendant des années, les muscles releveurs sont en général atrophiés au point qu'il vaut mieux recourir d'emblée à l'opération du cloisonnement.

Comment agissent les trois grandes opérations utilisées contre le prolapsus ?

I. *L'hystéropexie* : en incorporant ou en fixant l'utérus à la paroi abdominale antérieure élève le col et soutient ainsi le fond du vagin. Cette opération est efficace à la condition :

1^o Que la paroi antérieure soit solide et résistante, ce qui est assez exceptionnel chez les femmes âgées ;

2^o Que l'utérus ne s'allonge pas dans la portion isthmique. Or le col s'étire d'une façon habituelle dans tous les prolapsus complets ; il s'allonge progressivement au point d'être réduit quelquefois à un simple cordon fibreux.

L'hystéropexie à elle seule ne paraît pas capable de guérir un prolapsus sénile, mais elle peut avoir un rôle adjuvant.

II. *La périnéorrhaphie postérieure* forme un plan résistant en arrière du vagin sur lequel l'utérus doit prendre point d'appui. Malgré tous les soins apportés aux sutures, ce plan n'offre pas chez la vieille femme la force nécessaire pour produire une guérison durable. Il n'empêche pas le déroulement du vagin. Le col finit par s'insinuer en avant entre le pubis et le périnée et reparait à la vulve. Il semble donc que chez la femme âgée la périnéorrhaphie postérieure seule est rarement capable de guérir le prolapsus. Il faudrait l'associer à l'hystéropexie, ces deux opérations complétant leurs effets.

III. *L'opération de Le Fort* agit tout différemment. L'accolement des parois antérieure et postérieure du vagin empêche leur déroulement et par conséquent la descente de l'utérus. C'est une cure radicale si l'accolement est assez large pour empêcher l'utérus de s'insinuer sur le côté des surfaces accolées et s'il est assez solide pour que la cicatrice ne se distende pas sous l'influence des efforts. Il est nécessaire que cet accolement soit fait jusqu'à l'orifice vulvaire de façon que cet orifice soit remplacé par une sorte de diaphragme transversal tendu entre le méat urinaire et la fourchette vulvaire. Si cette condition n'est pas obtenue, on voit en avant et en arrière de la cicatrice transversale des zones faibles qui permettent un début de cystocèle et de rectocèle. C'est là un point capital et délicat à obtenir dans la technique de cette opération.

SYMPTOMES

En général le prolapsus sénile est bien toléré car la femme s'accommode de cette infirmité. Souvent c'est une femme de village, robuste, ayant travaillé toute sa vie, ayant eu de nombreux accouchements avec expulsion rapide et lever précoce, la femme quittant le lit le deuxième ou le troisième jour pour reprendre les travaux fatigants de la ferme. Le prolapsus apparaît un peu avant la ménopause pour atteindre son complet développement vers l'âge de 55 à 60 ans. La femme se plaint surtout de la gêne mécanique produite par la tumeur car le prolapsus forme un corps étranger entre les cuisses et gêne pour travailler. A l'occasion d'un effort, elle présente une sorte de malaise plus ou moins pénible avec sensation de faiblesse périnéale. Il est rare d'observer de véritables douleurs. Quand elles existent, elles sont surtout marquées dans la région lombaire. Les malades viennent voir leur médecin surtout pour des ulcérations traumatiques qui récidivent ou n'arrivent pas à se cicatriser, mais parfois aussi pour des inflammations lymphangitiques parties de ces ulcérations. Les troubles le plus fréquemment observés sont des troubles urinaires. Ce sont soit de l'incontinence partielle au moment des efforts, soit des mictions répétées, par

phénomènes de fausse cystite, dues à la position anormale du bas-fond vésical : dans ces cas, l'urine retirée à la sonde est claire et amicrobienne. Parfois il s'agit de cystite vraie avec infection vésicale facilitée par la stagnation de l'urine dans le bas-fond. Alors, l'urine est trouble, d'odeur ammoniacale, les derniers centimètres cubes d'urine obtenus avec la sonde sont franchement purulents.

Quelquefois on observe des troubles de la défécation soit par faiblesse du sphincter anal soit par gêne due à la présence du rectum dans le prolapsus. La malade réduit alors elle-même son prolapsus pour permettre la défécation.

DIAGNOSTIC

En présence d'un prolapsus génital il y a lieu de se poser plusieurs questions.

1^o Le prolapsus est-il réductible?
L'irréductibilité est tout à fait exceptionnelle. Elle peut se produire par tumeur utérine (fibrome ancien, tumeur ovarienne, salpingite ancienne adhérente, rétroversion adhérente). Dans ces différents cas il y a lieu de se rendre compte des lésions par laparotomie et d'agir en conséquence.

2^o Quel est l'état du col?
S'il y a une ulcération, est-elle uniquement traumatique ou de nature néoplasique? Dans les cas douteux la biopsie est indispensable pour fixer ce point capital du diagnostic. Sans ulcération apparente un début de cancer peut se produire dans la cavité cervicale.

3^o Quel est l'état de la cavité cervico-utérine?
Avant de faire une opération plastique sur le vagin et sur le périnée, il est essentiel de reconnaître l'intégrité de la cavité utérine. En cas de doute, s'il y a des pertes de sang, des pertes rosées, ou simplement une sécrétion séreuse de l'utérus, il y a lieu de faire une exploration endo-utérine. Le mieux est de procéder à un curetage explorateur et de faire examiner au microscope les

débris ramenés par la curette. Il est évident qu'à aucun prix il ne faut enfermer un utérus suspect derrière un cloisonnement du vagin. Dans ces cas, l'hystérectomie vaginale avec colpectomie est l'opération qu'il faut pratiquer.

4° Quel est l'état de la vessie?

Il est utile de sonder la malade après la miction pour reconnaître la rétention partielle et voir si l'urine du bas-fond vésical est normale ou infectée. En cas de cystite, il est utile de traiter cette infection par des lavages ou des installations au nitrate d'argent avant d'entreprendre une opération périnéale.

5° Quelle est la valeur fonctionnelle des muscles releveurs de l'anus?

Il nous paraît très utile de savoir, avant de prendre le bistouri, si les muscles releveurs de l'anus ont conservé leur puissance de contraction. Il suffit de faire l'épreuve de Delbet qui consiste à obtenir la contraction des releveurs synergiquement à celle des adducteurs et des fessiers. Il suffit de demander à la malade de serrer fortement les fesses et les cuisses. Si, après avoir réduit le prolapsus, on laisse deux doigts dans le vagin, on sent la contraction des releveurs de l'anus. On perçoit alors deux cordes latérales qui se tendent à droite et à gauche de chaque côté du vagin au niveau de son tiers moyen. Lorsque cette épreuve est très nettement positive, on a affaire à des muscles puissants. Si les muscles sont à peine perçus, cela indique que l'étoffe musculaire est encore très bonne pour obtenir une suture solide dans la périnéorrhaphie. Si, à aucun moment, on ne perçoit de

contraction alors que les fessiers sont solidement contractés, c'est que les releveurs ont perdu leur valeur fonctionnelle. Il ne faut plus compter sur un résultat durable par la colpopérinéorrhaphie postérieure avec suture des releveurs.

TRAITEMENT

Le traitement du prolapsus sénile est uniquement opératoire. Tous les instruments orthopédiques pour maintenir l'utérus sont néfastes; les pessaires en particulier ne peuvent maintenir l'utérus qu'en employant des numéros élevés. Si l'on utilise le pessaire de Dumont-pallier, il faut souvent commencer par un n° 8 ou 9. Au bout de quelques mois il ne suffit plus, tombe à l'occasion d'un effort, et le malade rapporte au médecin le pessaire qu'il faut remplacer par un n° 10 ou 11. Ces énormes pessaires provoquent des ulcérations et finissent par atrophier d'une façon complète les quelques tissus résistants du bassin.

Les hystérophores sont des appareils composés d'une tige centrale qui repousse l'utérus en prenant place dans le vagin. Ils sont maintenus par une ceinture avec sous-cuisses. Cet appareil constitue une véritable torture pour les malades et provoque également des ulcérations du col. Dans certains cas cependant, l'hystérophore pourra être utilisé lorsqu'il y a impossibilité absolue à l'opération, soit par refus du malade, soit que le grand âge, l'emphysème, les cardiopathies fassent hésiter le chirurgien. Encore faut-il affirmer hautement qu'il n'y a pas de véritable contre-indication à l'opération du

cloisonnement qui, faite à l'anesthésie locale, est absolument efficace et sans danger.

CHOIX DE L'OPÉRATION

Trois opérations se présentent au chirurgien, chacune ayant ses indications particulières.

I. *La colporraphie antérieure, colpoperinéorrhaphie avec suture des releveurs et hystéropexie.* — Ces trois opérations peuvent s'associer, donnant par leur réunion un maximum d'efficacité. La dernière nécessite la laparotomie et aggrave sensiblement le pronostic opératoire. Aussi certains chirurgiens s'en dispensent dans la cure du prolapsus et, à l'hôpital Broca, nous n'en avons pas relevé d'observations.

L'indication de cette triade opératoire se rencontre chez les femmes relativement jeunes, dont l'étoffe musculaire du périnée et des releveurs n'est pas complètement déficiente et qui n'ont pas perdu tout espoir de rapprochement sexuel. Cette question des relations sexuelles est beaucoup plus délicate qu'on ne le suppose habituellement. Il est absolument nécessaire d'exposer la situation nettement à la femme qu'on se propose d'opérer pour prolapsus après la ménopause. Nous avons vu plusieurs fois le cas d'une malade qui accepte volontiers avant l'opération l'idée de la suppression définitive des rapports sexuels et qui le regrette amèrement une fois l'opération faite. Tout récemment encore, nous fûmes stupéfait par la réponse d'une femme de 64 ans à qui l'on proposait le cloisonnement.

II. *L'hystérectomie vaginale avec colpectomie partielle ou totale.* — L'indication de cette opération est fournie par les prolapsus avec lésions plus ou moins suspectes du col et du corps de l'utérus. Dans ces cas il est nécessaire d'enlever par hystérectomie vaginale cet utérus capable de produire des accidents dans la suite. En tout cas, il est absolument irrationnel de l'enfermer derrière un cloisonnement (Obs. VIII).

III. *Cloisonnement du vagin.* — Lorsque la malade accepte après mûre réflexion la suppression définitive des rapports sexuels, lorsque son utérus est manifestement sain avec les caractères habituels de l'utérus sénile c'est-à-dire dur, petit, sans sécrétion aucune, l'opération qui nous paraît la meilleure est l'opération de Le Fort ou cloisonnement élargi du vagin.

Il n'y a pour ainsi dire pas de contre-indication. Dans presque tous les cas le succès sera obtenu d'une façon définitive si l'on suit la technique que nous avons vu pratiquer à l'hôpital Broca par le professeur Faure et ses élèves.

CHOIX DE L'ANESTHÉSIE

Chez les femmes âgées, l'*anesthésie générale* n'est pas absolument inoffensive. Dans nos observations, nous relevons un cas de mort par congestion pulmonaire (Obs. IV) et une bronchite assez grave (Obs. VI) qui pourraient, dans une certaine mesure, être attribués à l'anesthésie générale utilisée dans ces cas. L'anesthésique employé à l'hôpital Broca est le mélange de

Schleich qui est composé dans les proportions suivantes :

Ether	60 cme.
Chloroforme	20 cme.
Chlorure d'éthyle.....	10 cme.

Pour 90 centimètres cubes du mélange. Cette proportion lui assure une certaine stabilité. Les flacons doivent être conservés hermétiquement fermés et à l'abri de la lumière. Le professeur Faure est resté fidèle à cette méthode d'anesthésie même chez les femmes âgées. Les affections cardiaques, rénales, hépatiques ne sont pas influencées défavorablement par ce mode d'anesthésie. Il n'en est pas de même des affections pulmonaires. En cas d'emphysème avec bronchite, cette méthode d'anesthésie générale est remplacée par la rachianesthésie.

L'*anesthésie rachidienne* que nous avons vu pratiquer par le Dr Douay dans la plupart de ses opérations de périnéorrhaphie a, sur la précédente, des avantages qui ne sont pas à négliger. Tout d'abord, elle évite les complications d'ordre général dont nous venons de parler. Ensuite, elle produit localement un relâchement complet de tous les muscles périnéaux, facilitant ainsi les manœuvres opératoires. Employée à petite dose elle paraît inoffensive à la condition de proportionner la quantité de toxique injecté au poids de la malade et à son état de décrépitude sénile. Nous avons vu employer habituellement 4 centigrammes de stovaïne, quantité que nous réduisons d'un centigramme si la malade est petite, maigre et fatiguée. Nous n'avons vu aucun acci-

dent post-opératoire, même léger, imputable à la rachianesthésie.

L'*anesthésie épidurale* trouve ici son indication la plus précise, mais nous n'avons pas d'observations de cette méthode encore à l'étude.

L'*anesthésie locale* a été utilisée une fois par le docteur Douay, chez une femme de 78 ans (Obs. VII). L'anesthésie a été obtenue d'une façon très suffisante, mais pour l'obtenir il faut beaucoup de temps et de patience. De plus, les tractions sur le col ne sont pas sans produire quelques tiraillements lombaires. Enfin, et c'est le principal grief qu'on peut faire à cette méthode, l'anesthésie locale tend à restreindre le champ de l'opération; de ce fait l'exérèse devient parcimonieuse et le résultat final est moins parfait.

TECHNIQUE

Nous aurons surtout en vue l'opération de Le Fort et nous attirerons l'attention sur quelques points de détail qui, à notre avis, ont une grande importance. Pour que cette opération donne les résultats parfaits qu'on est en droit d'espérer, il faut une technique impeccable spécialement dans la taille des lambeaux d'avivement. Si ces points de détail ne sont pas observés, le résultat obtenu, sans être un échec, est un résultat incomplet et en somme assez peu satisfaisant.

La technique de l'opération est décrite dans les différents manuels opératoires. Voici celle que nous relevons,

très simplement exposée, dans l'article du Dr Douay paru dans *Gynécologie et Obstétrique* (T. II, 1920).

« Le col étant fixé par une pince de Museux, un lambeau quadrilatère est taillé sur la paroi antérieure du vagin. Ce lambeau est un peu plus long, un peu plus large surtout que celui de Le Fort; il a souvent 6 à 8 centimètres de long sur 4 à 5 centimètres de large; il s'étend de deux centimètres de l'orifice du col à trois centimètres du méat urétral. Un lambeau de mêmes dimensions est taillé sur la paroi postérieure du vagin. Une première ligne de sutures en surjet rapproche les deux incisions voisines du col; à mesure que les points sont passés et serrés, le col s'invagine et disparaît derrière la suture. Une deuxième ligne transversale de sutures invagine de la même façon la surface avivée, et au fur et à mesure des lignes de sutures la réduction du prolapsus se réduit d'elle-même. La dernière suture rapproche les incisions transversales voisines de la vulve. Ainsi les deux surfaces quadrilatères sont complètement accolées, laissant de chaque côté une sorte de petit tunnel qui aboutit, derrière le cloisonnement médian, au col qui, de cette façon, communique encore avec l'extérieur. »

Voici maintenant les quelques points de détail sur lesquels nous voulons attirer particulièrement l'attention. Ils nous ont été signalés par le Dr Douay qui a pratiqué, ces dernières années, un grand nombre de cloisonnements.

1^o *Taille des lambeaux.* — Les deux lambeaux doivent avoir exactement les mêmes dimensions tant en longueur qu'en largeur. Il est bon de vérifier l'exacte simi-

litude du deuxième lambeau en le comparant de près au premier.

2^o *Situation du lambeau par rapport au col.* — L'incision transversale ne doit pas être trop rapprochée du col sinon les sutures sont tendues et les fils ont plus tard une tendance à couper les tissus. Si le col est gros, il faut s'en éloigner de 3 à 4 centimètres.

3^o *Situation du lambeau par rapport à l'orifice vulvaire.* — Il est capital de poursuivre la taille du lambeau le plus près possible de l'orifice vulvaire sans cependant l'atteindre. Lorsque la dernière ligne de sutures est mise, la vulve doit être fermée par une cloison transversale. Si le lambeau a été taillé trop court, il y a entre l'orifice vulvaire et le cloisonnement une sorte de petit vagin de quelques centimètres suffisant pour reproduire, plus tard, un certain prolapsus (rectocèle et cystocèle). Si le lambeau est taillé trop long, la suture devient difficile, les fils sont très tendus et peuvent couper. On peut éviter ces inconvénients en disséquant les deux lambeaux vers l'orifice vulvaire sans les couper à ce niveau. A la fin de l'opération on les sectionne juste au niveau voulu pour obtenir le résultat cherché.

4^o *L'hémostase,* ne nécessitant le plus souvent que quelques ligatures, doit être faite avec beaucoup de soins.

5^o *Serrage des fils.* — Il est utile de nouer les fils en dehors des surfaces d'avivement, de façon que l'accolement des surfaces avivées soit plus intime. Il suffit, pour obtenir ce résultat, de passer le catgut sur le bord des lambeaux de telle sorte que le nœud reste à l'extérieur de l'accolement.

En somme, il faut veiller à obtenir l'union intime des surfaces avivées, sans tiraillements, sans hématome et réduire les dangers d'infection au minimum. Il faut se rappeler qu'il est impossible de faire de la compression hémostatique et très difficile, dans les jours suivants, d'assurer le lavage de la plaie. En cas de suppuration, il est possible d'obtenir une cicatrisation par seconde intention à la condition que les lambeaux en voie de désunion gardent leur situation propre et restent en contact jusqu'à consolidation. C'est ce qui a été obtenu dans une de nos observations (Obs. X).

Comme complément de l'opération de Le Fort, il nous paraît utile de faire une colporrhaphie postérieure qui ferme presque complètement l'orifice vulvaire. Malheureusement, il est difficile de pratiquer le dédoublement de la cloison recto-vaginale sans retrouver la zone d'avivement du cloisonnement. On est donc presque forcé de faire une périnéorrhaphie très superficielle sans aller chercher les muscles releveurs. Dans l'observation VII le résultat final n'est pas parfait parce que la périnéorrhaphie a été insuffisante. Il y aurait lieu de veiller à prendre les muscles profondément et en masse. Il faut aller, par décollement sur les parties latérales, chercher les muscles releveurs pour en faire, si possible, une bonne suture médiane.

SUITES OPÉRATOIRES

Elles sont habituellement simples. La sonde vésicale est enlevée le quatrième jour, le pansement vulvaire

renouvelé sans injection. Lorsqu'un suintement se produit, il est assez difficile de faire un lavage en utilisant l'un des tunnels latéraux. On se sert d'une petite sonde, mais c'est là une besogne trop délicate qu'on ne peut confier à une infirmière. Les malades sont purgées vers le huitième jour, se lèvent vers le quinzième et sortent de l'hôpital vers le vingtième jour.

Les résultats éloignés, à la condition que la cicatrisation ait été obtenue (échec dans l'observation XI), sont très satisfaisants. Ils ne sont pas toujours parfaits et laissent parfois un certain degré de cystocèle et de rectocèle. En cas d'échec, par suppuration habituellement, il est difficile de refaire la même opération mais une colporraphie postérieure reste toujours possible. C'est ce qui a été fait avec succès dans l'observation XI.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^{me} H..., 58 ans. En 1883, âgée de 22 ans, accouchement prolongé au cours duquel une céphalotripsie dut être pratiquée par le professeur Pinard. Bassin étroit.

Diagnostic : prolapsus utérin complet avec métrite.

Opération le 7 mai 1919 par le professeur Faure. Sous-anesthésie générale au mélange de Schleich, on pratique une hystérectomie vaginale et un cloisonnement du vagin (colpectomie partielle).

Résultats éloignés : nous avons revu cette personne en mars 1924, soit cinq ans après l'opération. Son état général et local est excellent. Elle se plaint encore de sensations vagues de lourdeur, de pesanteur à la vulve après une journée de fatigue. Le prolapsus ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION II

M^{me} D..., 59 ans.

Opérée le 4 mars 1920. Cloisonnement du vagin et périnéorrhaphie.

A déjà été opérée d'hystérectomie vaginale quelque temps auparavant. Elle présente un énorme prolapsus, de la gros-

seur du poing, sortant de la vulve. On fait un cloisonnement du vagin qui est d'une exécution difficile. On termine par une périnéorrhaphie.

Suites opératoires excellentes, sans aucun ennui. Ablation des crins le douzième jour, lever le quinzième jour. La malade quitte l'hôpital le vingt et unième jour. Très bon état local : cicatrice obtenue par première intention et qui parait solide.

Impossibilité de vérifier les résultats éloignés car la malade a changé de domicile sans laisser d'adresse.

OBSERVATION III

M^{me} H..., 62 ans.

Diagnostic : prolapsus utérin complet.

Opérée le 4 août 1920 par M. Xoudis, interne du service.

Anesthésie générale au mélange de Schleich. Cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort après amputation circulaire du col.

Suites : très favorables, sans fièvre. Sortie vingt-sept jours après l'opération. Revue quatre ans plus tard, en janvier 1924, la malade nous dit n'avoir jamais souffert depuis son opération. Le résultat fonctionnel est parfait et le résultat local est superbe. On voit entre l'orifice urétral et la fourchette vulvaire des plis transversaux d'une muqueuse saine. La suture transversale qui correspond à la base des surfaces d'avivement est cachée dans un de ces plis lorsque la malade est au repos. Au moment d'un effort les plis disparaissent, la muqueuse se tend et la cicatrice apparaît empêchant le déroulement du vagin. On voit ainsi très nettement le rôle

du cloisonnement. De chaque côté on aperçoit les orifices des deux petits tunnels; le droit admet une grosse sonde en gomme n° 25, le gauche est plus petit et admet une sonde n° 18. Quand on fait passer un courant d'eau par l'une d'elles, le liquide sort par l'autre montrant ainsi le rôle de la partie non avivée du vagin qui forme deux conduits de drainage et permet les injections et lavages du col utérin.

OBSERVATION IV

Mme J..., 53 ans.

Diagnostic : prolapsus génital complet. Traces d'albumine dans les urines. Quelques signes de congestion pulmonaire chronique : 37°5.

Opérée le 27 janvier 1921 par M. Leroy, interne du service. Anesthésie générale au mélange de Schleich. Procédé de Le Fort complété par une périnéorrhaphie au catgut.

Décédée quatre jours plus tard : asphyxie et cyanose au cours d'une pneumonie anormale qui évolue sans fièvre.

Examen anatomique : hépatisation grise, fonte purulente du lobe inférieur gauche du poumon et congestion pulmonaire à la base droite. Un fragment du poumon est prélevé et examiné. C'est de la pneumonie caséeuse avec lésion tuberculeuse certaine.

Il est probable que l'opération avec anesthésie générale n'a fait qu'aggraver une lésion tuberculeuse du poumon qui était en période d'évolution latente.

OBSERVATION V

M^{me} J..., 40 ans.

Diagnostic : prolapsus avec rétroversion.

Opérée le 22 février 1921 par le professeur Faure qui emploie le procédé de Schauta :

1^o Incision en T renversé de la muqueuse de la paroi antérieure du vagin; décollement des lambeaux pour faire la loge de l'utérus;

2^o Décollement de la vessie d'avec l'utérus. Ce temps est difficile. En s'aidant d'une sonde vésicale métallique, on se rend compte des dangers que court la face postérieure de la vessie. Le cul-de-sac péritonéal est ouvert sans incident;

3^o Bascule de l'utérus assez difficile; on y parvient en plaçant des pinces utérines de plus en plus haut. Ligature et section des trompes. La trompe gauche saigne beaucoup; on doit passer un catgut en *u* dans la corne utérine. Un autre catgut en *u* dans le tissu utérin où une pince a déchiré assez profondément;

4^o Suture en surjet du cul-de-sac péritonéal. Suture de la muqueuse vaginale sur l'utérus en commençant près de l'urètre. La masse utérine, volumineuse, s'enfonce bien dans la vessie, s'efface, et ce temps n'offre pas de difficulté;

5^o On complète par une périnéorrhaphie postérieure : catguts et crins. Mèche vaginale. Sonde à demeure.

Suites : d'abord favorables, puis un peu fébriles du cinquième au dixième jour avec douleurs et empâtement du Douglas perceptible au toucher rectal (petit hématome?). Apyrexie à partir du onzième jour. Les règles qui devaient

venir vers le 8 mars (14 jours après l'opération) ne viennent pas. Ventre douloureux pendant cette période. La malade se lève le vingtième jour. Les douleurs vésicales s'accroissent dès que la malade est levée. Mictions fréquentes, urines un peu troubles.

Au vingt-cinquième jour, un peu de fièvre avec douleur du côté des annexes gauches. La malade quitte l'hôpital le 26 mars, soit trente-deux jours après l'opération, se plaignant toujours de la vessie.

Examinée avant son départ, on constate chez cette malade un état local excellent et une bonne cicatrice. L'utérus est en avant et le col regarde en arrière. On perçoit très bien l'utérus sous la cicatrice vaginale. L'empâtement dans le Douglas a disparu; la capacité vésicale est légèrement diminuée. En position debout, la malade se plaint dans le flanc gauche et dans les reins.

Revue le 12 avril, l'amélioration commence à se produire. Les douleurs et troubles vésicaux se sont amendés peu à peu et la malade reprend son travail sans fatigue. Les règles sont revenues abondantes et sans douleurs. L'utérus est en bonne position. L'examen cystoscopique montre des urines claires; la vessie se vide bien sans résidu appréciable; capacité 300 centimètres cubes. Au cystoscope on voit que le bas-fond est occupé par une masse saillante qui soulève la paroi postérieure de la vessie, surtout immédiatement derrière le col, et donne un peu l'aspect d'une hypertrophie prostatique. Les orifices des uretères, masqués par le soulèvement, sont invisibles.

Revue en octobre 1921 en bon état.

Nous la revoyons en janvier 1924. Le prolapsus ne s'est

pas reproduit, la cicatrice est bonne, l'utérus est en antéversion, la fonction vésicale est normale. Le résultat obtenu est donc satisfaisant.

Cependant si on considère : 1^o les difficultés opératoires; 2^o la longueur des suites post-opératoires; 3^o les troubles urinaires persistant pendant près de deux mois, on doit reconnaître avec le professeur Faure que le résultat a été obtenu au prix de difficultés et d'ennuis qu'on ne rencontre pas habituellement dans les opérations pour prolapsus.

OBSERVATION VI

M^{me} M..., 65 ans, 8 enfants.

Diagnostic : prolapsus génital récidivant.

Début il y a vingt ans après son septième accouchement.

Traité par une hystéropexie (probablement ligamentopexie). Grossesse (après l'opération) menée à terme. Accouchement sans difficulté d'un enfant vivant. Le prolapsus récidive dans l'année qui suit le dernier accouchement.

Il y a seize ans, deuxième tentative chirurgicale : hystérectomie vaginale sans résultat; le prolapsus se reproduit.

Troisième opération (à l'hôpital Laënnec) : cure d'une éventration abdominale et colpopérinéorrhaphie qui donne un résultat appréciable pendant cinq ou six ans.

M^{me} M... entre à Broca en avril 1922 pour récidive de son prolapsus. Opérée une quatrième fois, le 6 avril 1922, par M. Desnoyers, interne du service. Comme la paroi vaginale postérieure cicatricielle est fixée et plus ou moins rétrécie, on la considère comme assez solide et on n'y touche pas. On se contente de faire une colporraphie antérieure très

large à lambeau losangique avec suture par points séparés au catgut. Suites favorables; réunion par première intention; sortie le dix-septième jour. Cependant les résultats de cette opération incomplète sont peu satisfaisants et la malade revient avec récédive.

Elle est vue par le professeur J.L. Faure qui l'opère lui-même le 17 juin 1922.

Opération : anesthésie générale au mélange de Schleich :

1° Le renversement du vagin est assez difficilement obtenu par suite de l'absence du col;

2° Excision d'un lambeau rectangulaire antérieur;

3° Excision d'un lambeau rectangulaire postérieur;

4° Suture des deux surfaces avivées l'une à l'autre.

Sonde vésicale et pansement vulvaire.

Suites : troublées par l'apparition le deuxième jour d'une congestion pulmonaire, avec 39°5 le troisième jour, puis descente progressive et apyrexie le huitième jour. L'état local est excellent. Guérison par première intention. Sortie le vingtième jour en bon état.

Revue deux ans plus tard, en janvier 1924, le résultat local est parfait. La malade ne se plaint d'aucun trouble. Lors des efforts, on voit le périnée bomber à l'extérieur, ce qui montre bien la laxité toute particulière des tissus musculo-aponévrotiques de cette malade tandis que la cicatrice vaginale reste tendue, solide, s'opposant d'une façon absolue au déroulement du vagin et à la formation d'un nouveau prolapsus.

Cette observation nous paraît tout à fait démonstra-

tive de la valeur de l'opération de Le Fort comparée aux autres méthodes employées chez cette malade.

OBSERVATION VII

M^{me} L..., 78 ans, 6 enfants. Bon état général; campagne encore pleine de santé.

Diagnostic : prolapsus complet qui remonte à vingt-cinq ou trente ans; considéré il y a vingt ans vu son âge, comme inopérable. Actuellement énorme prolapsus avec incontinence partielle. Les pessaires utilisés pendant des années sont tous devenus trop petits. Le prolapsus est maintenu sans être réduit avec une garniture. L'examen de l'état général nous révèle de l'emphysème pulmonaire assez marqué et de la myocardite avec irrégularité du pouls. L'opération est cependant proposée mais sera faite à l'anesthésie locale.

Opérée le 29 janvier 1923 par le D^r Douay.

Anesthésie locale par 40 centimètres cubes de la solution de novocaïne à 1% auxquels on ajoute XV gouttes d'adrénaline. Les tractions sur le col, pour abaisser le prolapsus et étaler les parois, provoquent des douleurs sur lesquelles l'anesthésique n'a pas de prise. Pour attendre l'infiltration des larges surfaces à exciser il faut beaucoup de temps et de patience.

Excision d'un lambeau quadrilatère antérieur de 6 centimètres sur 4. Excision d'un lambeau identique postérieur. Accolement des deux surfaces ainsi avivées par des points d'angle et des surjets.

Suites : extraordinairement bonnes; lever le quinzième jour. Sortie le dix-neuvième jour. Cicatrisation suffisante.

Revue quinze mois plus tard dans sa quatre-vingtième

année, la malade se porte très bien depuis l'opération et le prolapsus est parfaitement guéri. Toutefois le résultat opératoire aurait pu être meilleur encore. La surface d'accolement n'est pas très large et un doigt pénètre facilement dans le canal de droite, de sorte que la résistance de ce côté est moins forte que du côté gauche. Ceci est dû à ce fait que l'avivement, en raison de l'anesthésie locale, a été parcimonieux. Un peu plus de largeur dans cet avivement aurait donné un résultat parfait.

OBSERVATION VIII

Mme D..., 57 ans. Présente depuis dix ans un prolapsus génital complet avec ulcération du col. Depuis un an environ, cette ulcération sécrète davantage et saigne d'une façon intermittente.

En mai 1923, on trouve sur le versant postérieur du prolapsus, en arrière de l'orifice du col, une large surface ulcérée avec petits bourgeons qui saignent au moindre contact. Cette ulcération repose sur une base assez ferme. Ces différents caractères laissent supposer une transformation épithéliomateuse d'une ulcération traumatique. Une biopsie est faite qui confirme qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé à type spino-cellulaire. L'état général de la malade est assez précaire (emphysème avec myocardite). On se décide à faire une opération vaginale relativement limitée, c'est-à-dire une amputation haute du col et d'agir ensuite sur le prolapsus par colpectomie partielle ou cloisonnement du vagin.

Opération le 11 juin 1923 par le Dr Douay, sous anesthésie rachidienne très bonne (3 cgr. $\frac{1}{2}$ de stovaine).

1° Amputation du col assez large en désinsérant le vagin et en sectionnant au niveau de l'isthme, de façon à dépasser très sensiblement la zone ulcérée et néoplasique. On s'aperçoit, en sectionnant l'isthme, que du pus s'écoule de la cavité utérine. On se décide à compléter l'opération par une hystérectomie vaginale. Cette opération est assez difficile par suite des adhérences de la vessie à la région isthmique;

2° Atllation de l'utérus avec les annexes. Ligature des pédicules. Fermeture du péritoine sauf en un point pour laisser un drain. On branche sur la circulaire du vagin une incision médiane en avant et en arrière de 5 à 6 centimètres de longueur. On décolle les angles, on résèque un triangle de chaque côté et on réunit les surfaces avivées par quelques points de suture sur les bords, faisant ainsi une colpectomie partielle différente du Le Fort typique en ce sens que l'avivement est triangulaire à sommet inférieur.

3° On termine par une périnéorrhaphie en deux plans.

Mèche vaginale. Sonde vésicale.

Suites : très bonnes. Température : 38°3 le deuxième jour.

Ablation du drain et de la sonde le quatrième jour. Ablation des crins le onzième jour. Lever le seizième jour. Sortie le vingtième jour après cicatrisation par première intention très satisfaisante.

Nous avons eu des nouvelles de cette personne en janvier 1924. Elle se considère en bonne santé et le prolapsus ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION IX

Mme F..., 60 ans.

Diagnostic : prolapsus génital complet avec ulcération chronique du col.

Après un séjour de vingt-cinq jours à l'hôpital pour obtenir la cicatrisation du col, l'opération est faite par le Dr Douay le 25 septembre 1923, sous anesthésie rachidienne.

Opération : 1^o Evidemment conique du col par le procédé de Sturmdorf-Douay (voir observation X); 2^o cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort; 3^o périnéorrhaphie postérieure par dédoublement.

Suites : très favorables. Sonde vésicale enlevée le quatrième jour. Crins enlevés le huitième jour. La malade se lève le seizième jour et sort, complètement cicatrisée, au trente-deuxième jour.

Revue en mars 1924; on constate un très beau résultat.

OBSERVATION X

Mme D..., 68 ans, 2 enfants. Début il y a trente ans.

Diagnostic : prolapsus génital complet et réductible avec ulcération banale du col (biopsie négative). Malgré les pansements répétés et l'alitement, l'ulcération du col persiste sans tendance à la cicatrisation. On attend quatre semaines avant d'opérer.

Opération le 21 janvier 1924 par le Dr Douay sous anesthésie rachidienne, 3 cgr. $\frac{1}{2}$ de stovaïne. Anesthésie bonne et sans incident :

1^o Amputation du col ulcéré par évidement conique (procédé de Sturmdorf), avec sutures par double point en u (Technique de E. Douay);

2^o Cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort;

3^o Périnéorrhaphie postérieure.

L'amputation conique avec suture par deux points en u est facile, mais la fixation de la muqueuse par ces deux points gêne l'accrolement de la première ligne de sutures du cloisonnement.

Il eut fallu commencer l'avivement rectangulaire à deux centimètres au moins au-dessous de ce point en V. Rien de particulier dans l'exécution du reste de l'opération. Sonde à demeure et pansement vulvaire.

Suites : mouvementées. La température oscille entre 38^o et 39^o pendant cinq ou six jours avec phénomènes inflammatoires du côté des sutures.

Au huitième jour, 40^o avec quelques signes de congestion pulmonaire. Ablation des fils le neuvième jour. Suppuration peu abondante mais fétide. Le lavage au bœck est difficile pour éviter de décoller la suture du cloisonnement. Les phénomènes restent assez graves pendant quelques jours, puis à partir du quatorzième jour, la suppuration diminue et la fièvre disparaît. La cicatrisation se fait par seconde intention. On laisse la malade au lit jusqu'au vingt-cinquième jour pour éviter toute poussée sur une cicatrisation insuffisante. Grâce à ces précautions, celle-ci est rapidement obtenue et la malade sort le trentième jour avec une cicatrice très solide.

OBSERVATION XI

Mme L..., 57 ans.

Diagnostic : prolapsus génital complet et réductible
Opérée le 20 juillet 1922 : cloisonnement du vagin par le
Dr Mossé. Anesthésie générale au mélange de Schleich. Les
jours suivants, l'état de la malade, sans être grave, est mé-
diocre. Fatigue générale. La plaie est grise et terne. Peu à
peu, les sutures se désunissent, la cloison s'affaisse, si bien
que vingt-quatre jours après l'opération, à l'occasion d'un
effort de toux, le prolapsus se reproduit dans le cours de la
nuit. La surveillante rentre avec une compresse l'utérus
dans le vagin et maintient la réduction par un pansement
vulvaire. Le lendemain, phénomènes de sub-occlusion qui
cèdent à une purge. L'état général n'est pas brillant et le
résultat mauvais. La malade rentre chez elle, à peu près
cicatrisée, mais gardant son prolapsus. Elle le maintient
grâce à un pessaire. Elle revient à la consultation du profes-
seur Faure dix-huit mois plus tard. On constate à ce moment
un prolapsus complet et réductible, mais les parois antérieure
et surtout postérieure du vagin sont dures, cicatricielles,
fibreuseuses, avec exulcérations multiples dues au port du
pessaire. Le toucher rectal montre une faible épaisseur de
tissu fibreux qui laisse supposer qu'on ne parviendrait pas
à disséquer un lambeau vaginal à ce niveau sans pénétrer
dans le péritoine ou dans le rectum. Une nouvelle opération
de Le Fort ne serait plus réalisable. Par contre, on constate
par l'épreuve de Delbet que les muscles releveurs de l'anus
ne sont pas déficients, qu'ils se contractent sous le doigt.

On conseille d'essayer une colpopérinéorrhaphie avec suture des releveurs qui, d'après ces constatations, doit avoir des chances de succès.

Elle est opérée cette fois par le Dr Douay le 28 janvier 1924.

Anesthésie rachidienne : stovaine 4 centigrammes après extraction de 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Barbotage. Anesthésie très bonne et sans ennui.

1° Colporraphie antérieure. Vivement losangique et suture;

2° Large colpopérinéorrhaphie postérieure par dédoublement. La dissection devient difficile dans la région cicatricielle. On l'arrête à ce moment. Elle est cependant suffisante et atteint la région des releveurs. Ceux-ci sont parfaitement trouvés et suturés par quatre points au catgut.

Un deuxième plan musculaire est constitué par la suture des muscles du périnée. Suture de la peau aux crins. Mèche vaginale. Sonde vésicale.

Suites favorables. Mèche enlevée le troisième jour. Sonde enlevée le quatrième jour. Ablation des fils le onzième jour. Lever le vingt-cinquième jour. Sortie avec cicatrice solide le trentième jour.

OBSERVATION XII

M^{me} F..., 60 ans, 3 enfants.

Diagnostic : prolapsus utérin complet et réductible. Le début remonte à dix ans. N'a jamais porté de pessaire. Aucun trouble fonctionnel en dehors de la gêne produite par le prolapsus.

Opérée le 4 février 1924 par le Dr Douay.

Anesthésie rachidienne : 4 centigrammes de stovaine après extraction de 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Barbotage. Très bonne anesthésie.

1^o Cloisonnement : large avivement de 4 à 5 centimètres sur 6 à 7 centimètres. Dissection du lambeau très facile. La paroi vaginale postérieure est mince et la séreuse est éraillée. Suture en bourse pour fermer la brèche péritonéale. Aucune hémorragie. Sutures en nouant les fils en dehors des surfaces avivées;

2^o Périnéorrhaphie postérieure : dédoublement sur quelques centimètres pour éviter de rentrer dans le cloisonnement. Un plan de sutures profondes sur les releveurs. Sonde vésicale de Pezzer et pansement vulvaire.

Suites très satisfaisantes malgré l'indocilité de la malade, 38°5 le deuxième jour, puis apyrexie complète. Ablation de la sonde le quatrième jour, des fils le huitième jour. Sortie le dix-huitième jour; bonne cicatrice.

OBSERVATION XIII

Mme N..., 60 ans, 13 enfants.

Déchirure du périnée il y a trente ans. Le prolapsus n'est apparu que quelques années plus tard après sa troisième grossesse. A eu ensuite 10 enfants, le prolapsus s'accroissant après chaque grossesse mais disparaissant pendant la gestation. C'est surtout depuis quinze jours que la malade en souffre. En 1913, une première tentative opératoire est faite par un chirurgien de Courbevoie qui pratique une hystéropexie. Cette opération n'a qu'un résultat éphémère et le prolapsus se reproduit l'année suivante. Actuellement on

constate un énorme prolapsus complet. En arrière de l'orifice du col, on voit une large ulcération sans liseré cicatriciel et assez souple. Il s'agit d'une lésion traumatique devenue chronique. La vessie presque totalement incluse dans le prolapsus ne se vide qu'incomplètement. Urines troubles, sans albumine. La malade est gardée une semaine au lit avec pansements humides sur l'ulcération vaginale. Celle-ci se déterge mal, la cicatrisation ne se produit pas. Dans ces conditions, l'opération est décidée, la partie ulcérée partira avec le lambeau vaginal postérieur.

Opérée le 25 février 1924 par le Dr Douay.

Cloisonnement du vagin suivi de périnéorrhaphie. Dissection de deux lambeaux vaginaux symétriques antérieur et postérieur. On comprend dans le lambeau postérieur l'ulcération sus-indiquée. A son niveau, la dissection du lambeau est plus difficile car on veut éviter à la fois de pénétrer dans la zone septique et d'intéresser le péritoïne sous-jacent. Périnéorrhaphie sans disséquer les releveurs.

Suites bonnes; un peu de fièvre le deuxième jour, puis apyrexie. Ablation de la sonde le troisième jour. Ablation des crins le douzième jour. Lever le dix-huitième jour. Sortie le vingtième jour en très bon état.

OBSERVATION XIV

M^{me} S..., 68 ans, 6 enfants.

Diagnostic : énorme prolapsus, dur par suite de l'œdème chronique des parties habituellement molles et du prolapsus lui-même. Le col sécrète de la sérosité parfois rosée. Troubles vésicaux avec rétention partielle. Le prolapsus est réduc-

tible avec grande difficulté, mais l'application de vaseline rend la réduction manuelle possible.

Opérée le 31 mars 1924 par le Dr Douay.

L'opération de Le Fort qui avait été tout d'abord décidée est reconnue impossible à pratiquer par suite de l'œdème considérable du col et de la difficulté de réduction. Etant donné l'état de l'utérus qui, à l'hystéromètre, est gros, mou, saignant, profond de 12 centimètres, on décide de pratiquer une hystérectomie vaginale suivie de colpectomie partielle. Incision circulaire du vagin autour du col; la vessie est séparée difficilement du col à cause de l'œdème. Il faut à chaque instant repérer son fond avec une sonde métallique enfoncée par l'urèthre. Section médiane de la paroi antérieure de l'utérus jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Abaissement du fond de l'utérus; ablation d'abord de l'utérus, puis des annexes dont les ovaires sont kystiques. Ligatures des pédicules au catgut. Rétrécissement de la brèche péritonéale en laissant place pour un drain. Colpectomie partielle. En partant de l'incision circulaire du vagin faite pour l'hystérectomie, on dissèque en avant et en arrière deux lambeaux symétriques, de 4 à 5 centimètres de large sur 5 à 6 centimètres de long. Ces lambeaux sont analogues à ceux de l'opération de Le Fort. Accolement des surfaces avivées par des points au catgut sur les bords. Un drain venant du péritoine passe au milieu de la zone d'accolement.

Périnéorrhaphie : dédoublement rapide sur quelques centimètres de la cloison recto-vaginale. Trois catguts profonds sur les muscles et 4 crins superficiels sur la peau. Mèche vaginale, pansement vulvaire et sonde vésicale de Pezzer.

Suites très satisfaisantes. Ablation de la mèche vaginale et du drain le quatrième jour, de la sonde vésicale le cinquième jour, des crins le onzième jour. La température ne dépasse pas 38°. La malade se lève le seizième jour. Cicatrisation parfaite. Sortie le vingtième jour.

CONCLUSIONS

I. Le traitement du prolapsus utérin sénile doit être en principe un traitement chirurgical. Les moyens de contention par des appareils et pessaires sont nettement insuffisants et souvent néfastes.

II. L'opération de Le Fort paraît être la plus recommandable, à la condition absolue que la malade accepte, après mûre réflexion, la suppression définitive des rapports sexuels. C'est une opération facile, sans danger, tout en nécessitant une grande précision technique pour la réussir d'une façon parfaite.

III. La colpopérinorrhaphie reste une excellente opération lorsque les muscles du périnée sont encore résistants. Dans les cas où les muscles sont insuffisants et les releveurs atrophiés, elle peut encore donner de bons résultats à la condition d'être faite d'une façon impeccable et aseptique.

IV. L'hystéro-colpectomie, plus grave que l'opération de Le Fort, sera utilisée lorsque l'utérus malade doit être sacrifié.

V. Une périnéorrhaphie surajoutée à l'opération de Le Fort et à l'hystéro-colpectomie améliorera grandement les résultats.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse
J.-L. FAURE

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- DOUAY. — Du traitement du prolapsus utérin sénile (gynécologie et obstétrique, t. II, 1920).
- BRETEGNIER. — Contribution à l'étude de la technique de l'hystéroclectomie totale dans la cure des grands prolapsus utérins chez les femmes âgées. Thèse 1919-1920.
- CHAVANNAZ. — Du cloisonnement du vagin. Presse médicale, 1909).
- DELIVET. — Traitement du prolapsus utérin par la colpectomie totale. Thèse 1920.
- JUVARA. — Traitement des prolapsus par le cloisonnement du vagin (Presse médicale, 1910).
- BÉGOUIN et SAVARIAUD. — Annales du XXXII^e Congrès de chirurgie, octobre 1923.
- LAPOINTE. — Les opérations conservatrices dans le traitement du prolapsus génital (La Clinique, 1909, t. IV).
- GASTON. — L'opération de Muller dans les grands prolapsus utérins. Thèse 1909-1910.
- ROUSSEAU (M.). — Du traitement de certains prolapsus utérins par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas.



