

parois vaginales étant dépliées et distendues, par suite du prolapsus utérin dont on a provoqué la reproduction, avant de commencer l'avivement.

La largeur de l'avivement, conseillée par Le Fort, était d'abord

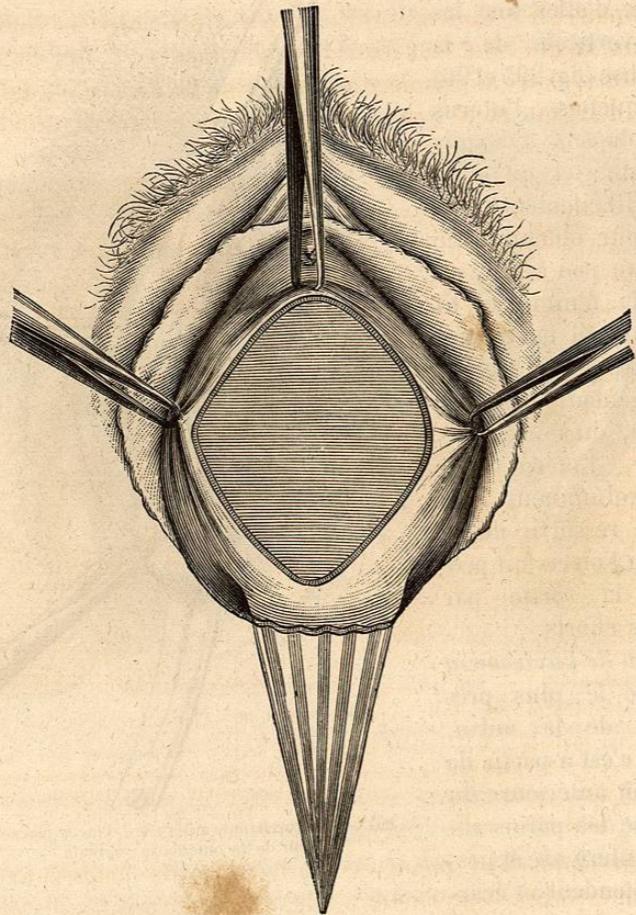


Fig. 294. — Élytrorrhaphie antérieure; le lambeau a été disséqué.

La surface cruentée qui va être affrontée par un surjet à étages superposés est étalée à l'aide de pinces. En bas, on voit le faisceau de fils provenant de la suture du col amputé.

assez médiocre : 1 centimètre ou 1 centimètre et demi. Maintenant, Le Fort le fait plus large (2 centimètres). Il ne faut pas dépasser certaines limites, car si l'avivement est trop large l'accolement ne se fait pas bien.

L'épaisseur de l'avivement doit être aussi mince que possible; il suffit que la surface soit cruentée. Si l'on enlevait toute l'épais-

seur de la partie vaginale de la cloison, on risquerait, au voisinage de l'utérus et en arrière, de s'approcher trop près du cul-de-sac. Tillaux l'a fait une fois; la malade est morte de péritonite. Le Fort croit que c'est la seule fois que pareil accident se soit produit.

D'ordinaire, il commence à tracer, par 4 incisions, les limites des lambeaux, ce qui rend leur dissection plus facile.

La suture, dans la première opération de Le Fort, a été faite avec des fils d'argent, et il s'en sert d'ordinaire, malgré la difficulté de

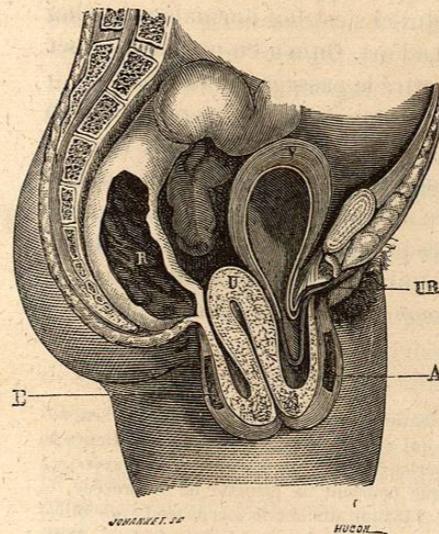


Fig. 295. — Cloisonnement du vagin, de Le Fort.

R. rectum. — UR. urètre. — A. avivement antérieur. — B. avivement postérieur. — U. utérus. — V. vessie.

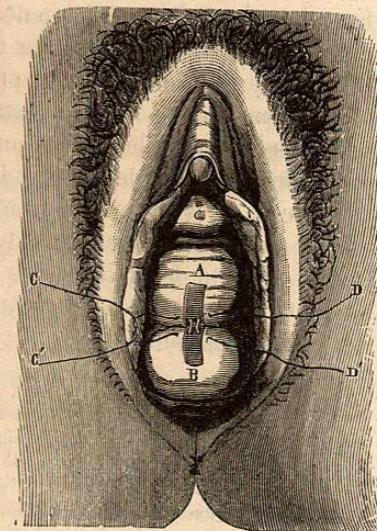


Fig. 296. — Cloisonnement du vagin, de Le Fort.

A. Surface avivée sur la paroi antérieure du vagin. — B. Surface avivée sur la paroi postérieure. — CC'. Un fil du côté gauche. — DD'. Fil du côté droit.

les retrouver plus tard, même en les laissant très longs pour qu'ils sortent de la vulve. Il a échoué 2 fois, en employant les fils de soie. Ceux-ci irritent, enflamment, et la suture manque; il est donc revenu aux fils d'argent. Pour les passer, dans quelques opérations il n'a pris que les bords, et s'en est mal trouvé; en effet, si on ne prend que les bords et si l'avivement est un peu large, le milieu ne se réunit pas, le sang s'y amasse, et l'on échoue. Il pousse maintenant ses fils jusqu'au centre de l'avivement. Il passe le premier fil au milieu du bord de l'avivement le plus près de l'utérus; ce fil servira de fil réducteur du prolapsus. Une fois les parties A, B en contact par suite du refoulement de l'utérus en partie réduit, on n'a plus à suturer que des bords. Le fil, inséré de la muqueuse vers la plaie sur

une des parois vaginales, sort de la plaie, et rentre dans l'autre surface cruentée pour ressortir à la muqueuse de la paroi opposée du vagin.

Le Fort laisse les fils 15 jours en place, quelquefois trois semaines, et il ne cherche à les retirer que lorsqu'il est sûr d'une réunion solide. Aucun pansement.

Tel est le procédé du professeur Le Fort¹. Sur 40 observations de cloisonnement du vagin qu'il a réunies dans sa thèse (1889), André a compté 35 succès, dont 51 obtenus d'emblée. Il est très intéressant d'observer que cette opération n'empêche ni le coït, ni la fécondation, ni l'accouchement. Celui-ci s'est fait normalement chez une des plus anciennes opérées de Le Fort. On n'a eu qu'à sectionner la bride avec des ciseaux pour permettre le passage du fœtus.

Soins consécutifs à la colpo-périnéorrhaphie. — Les soins qu'on donne aux opérées, après les opérations plastiques ayant pour but de renforcer le périnée et de rétrécir le vagin, sont très importants pour la réussite de la réunion par première intention. Cette réunion vient-elle à manquer, le résultat est presque toujours compromis, quoiqu'on ait cité des faits où la granulation laissée à elle-même et surtout la réunion *immédiate secondaire* de la plaie granuleuse ont donné des succès.

¹ L'opération du professeur Le Fort est essentiellement différente de celle de SPIEGELBERG (*Berl. klin. Woch.*, 1872, n° 21 et 22), qui suture les points les plus inférieurs de la paroi antérieure du vagin à la partie supérieure de la paroi postérieure. NEUGEBAUER (*Centr. f. Gyn.*, 1881, n° 1 et 2) revendique pourtant la priorité de ce procédé, et A. MARTIN (*Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 138) lui attribue le mérite de l'avoir introduit dans la pratique. Consulter sur ce point historique SKOLOFF (*Annal. de gyn.*, 1884, t. XXI, p. 13). — NEUGEBAUER appelait son opération *elytrorrhaphia mediana sive elytroleisis partialis mediana* (1867).

On pourrait découvrir, peut-être, un ancêtre du procédé de Le Fort chez un autre chirurgien français, JOBERT DE LAMBALLE (cité par Le Fort-MALGAIGNE, *Manuel de méd. opér.*, 9^e édit., 1889, t. II, p. 779). Son procédé d'excision et de suture de la paroi vaginale consistait à enlever sur la paroi antérieure du vagin deux lambeaux de muqueuse, longitudinalement, à une certaine distance l'un de l'autre, en laissant entre eux une portion de vagin non avivée. En affrontant et suturant les surfaces cruentées, on formait un pli permanent rétrécissant le vagin. Mais ce rétrécissement était formé par une cloison latérale et non médiane, comme dans le procédé de Le Fort.

JOBERT n'avait fait lui-même que perfectionner le procédé de GÉRARDIN (de Metz) qui provoquait, dès 1823, l'oblitération du vagin en avivant dans une certaine étendue la portion inférieure des deux parois et en suturant ces surfaces. Voir ANDRÉ. *Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort*. Thèse de Paris, 1889. — EUSTACHE (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, nov. 1881, p. 826) a pratiqué l'opération de Le Fort avec quelques modifications; il avive dans une longueur qui va jusqu'à 6 centimètres, du col à la vulve, et recommande l'emploi du catgut. Il a eu deux succès par l'opération type de Le Fort, et cinq succès par cette opération modifiée. — CH. E. TAFT (*Le Fort's operation for complete procidence of the uterus, with report of a case. in Amer. Journ. of med. Sciences*, août 1889, p. 128) a rapporté un succès en Amérique. Les premières opérations de Le Fort faites dans ce pays appartiennent à FANNY BERLIN (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1881, p. 866), qui en cite trois observations.

Soins consécutifs
la colpo-péri-
néorrhaphie.

La ligne de suture sera saupoudrée d'iodoforme et recouverte de gaze iodoformée. La sonde à demeure doit être proscrite, car elle amène de la cystite. Il est préférable de sonder les femmes toutes les deux ou trois heures avec une sonde bien aseptique. Faut-il constiper les opérées ou provoquer des selles précoces? Je crois préférable d'éviter la défécation jusqu'au quatrième jour, puis de la solliciter par un lavement. On aura, du reste, eu soin de purger énergiquement la malade et de nettoyer le rectum, avant l'opération. L'administration de deux pilules d'opium de 0,02 centigrammes par jour suffit, avec la demi-diète, pour empêcher les évacuations prématurées. S'il survient un sentiment de besoin, on prescrira un suppositoire contenant 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Au dixième jour, j'administre 30 grammes d'huile de ricin et, deux heures plus tard, un lavement avec quatre cuillerées d'huile d'amandes douces et deux de glycérine. A partir de ce moment, on doit veiller à la régularité des selles. La malade ne devra pas se lever avant un mois.

Gravité. Résultats immédiats et éloignés de la colpo-périnéorrhaphie. — Les gynécologistes autorisés qui ont fréquemment pratiqué cette opération affirment sa grande bénignité et son efficacité.

J'aurai particulièrement en vue, dans ce qui va suivre, le procédé de Hegar, qui me paraît le plus pratique, et celui de Martin, qui offre aussi de sérieux avantages quand la paroi postérieure du vagin est exceptionnellement lâche et plissée; si l'on voulait, dans ces derniers cas, appliquer le procédé de Hegar, on serait, en effet, d'après son propre conseil¹, obligé de le faire précéder d'une élytrorrhaphie antérieure elliptique, quelque temps auparavant.

Les accidents à redouter sont : l'ouverture du péritoine, qui, avec une exacte antisepsie, ne présente pas de gravité; la blessure du rectum, qu'une bonne suture rend inoffensive; la suppuration et la déhiscence de la suture, qu'on évitera en préparant soigneusement le catgut et en prenant les précautions les plus minutieuses contre l'infection.

Hegar, sur environ 400 opérations faites à sa clinique, a vu 2 morts par septicémie, et chaque fois il a pu découvrir que l'origine de l'infection provenait de cas opérés auparavant. Dorff², assistant de Hegar, a publié une intéressante statistique sur les résultats tardifs de 136 opérations. Il n'a pu recueillir de renseignements certains que sur 65 opérées; sur ce nombre, 53 étaient restées guéries (quelques-unes depuis dix ans), 9 avaient accouché sans accident et sans

¹ HEGAR et KALTENBACH. *Loc. cit.*, trad. franç., p. 577.

² DORFF. *Wien. med. Blätter*, 1879, n° 47-52, et 1880, n° 1, 4 et 5.

Gravité.
Résultats immé-
diats et éloi-
gnés de la colpo-
périnéorrhaphie.

Accidents

Septicémie.

récidive consécutive; chez 10 opérées, il y avait eu insuccès soit primitif, soit tardif, dont 2 fois après accouchement.

Les résultats récents sont encore plus satisfaisants : depuis trois ans et demi, sur 150 opérations, Hegar n'a pas eu un seul insuccès¹. Ernest Cohn², réunissant dans un mémoire très étudié les cas de la clinique et de la pratique de Schröder, a trouvé sur 74 femmes dont on a pu suivre l'observation, 46 guérisons définitives, soit près de 62,2 pour 100³. Les cas hospitaliers seuls donnent 56,6 pour 100 et les cas de la clientèle 86,7 pour 100 (il s'agit d'opérations par le procédé de Hegar avec la suture continue à étages au catgut à l'essence de genévrier). Trois des opérées guéries ont accouché sans accident et sans suites fâcheuses.

Soulèvement de
l'utérus par
les ligaments
ronds.

II. **Soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds.** — C'est l'opération d'Alquié-Alexander-Adams. Je renvoie pour la description technique au chapitre relatif à la RÉTROFLEXION (p. 487). Cette opération, appliquée isolément au traitement du prolapsus, a donné, en général, d'assez médiocres résultats, quoiqu'on ait aussi publié de beaux succès⁴. Mais elle est excellente combinée aux opérations plastiques portant sur le périnée et le vagin, chez les femmes maigres dont la paroi abdominale n'est pas trop relâchée. Elle me paraît surtout agir en redressant la rétroversion qui accompagne le prolapsus et en constitue un des éléments.

Gastro-hystéropexie

III. **Suture de l'utérus à la paroi abdominale : gastro-hystéropexie.**⁵ —

¹ HEGAR et KALTENBACH. *Ibid.* (5^e édit. all.), p. 775.

² E. COHN, *Ueber die primären und definitiven Resultate der Prolapsoperation* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, p. 518).

³ Il est évident que l'auteur se trompait en indiquant 67,5 pour 100.

⁴ POLK, *Soc. obst. de New-York*, 6 avril 1886 (*Amer. Journ. of Obstet.*, juin 1886, p. 606), cite 15 cas suivis de succès; il a renoncé alors à toute opération plastique du vagin; ces succès seraient donc dus au seul raccourcissement des ligaments ronds.

⁵ On peut ranger, à côté de la gastro-hystéropexie, une opération nouvelle qu'a décrite et pratiquée H. T. BYFORD, pour guérir la cystocèle, et qu'il propose d'employer comme complément de l'opération d'Alexander, en se servant de la même incision, que l'on approfondit pour pénétrer dans le tissu cellulaire et y suturer le vagin. BYFORD incise le canal inguinal en allant jusqu'au tissu cellulaire rétro-pubien (cavité de Retzius); il sépare ce tissu du pubis, et s'assure par la palpation bi-manuelle de la situation de l'uretère. Il passe alors une aiguille armée de crin de Florence de haut en bas, jusqu'à travers la paroi vaginale, dans le cul-de-sac latéral gauche. L'aiguille est ensuite poussée de bas en haut à travers le vagin à une distance d'un quart de pouce du point d'entrée et on la fait ressortir par la plaie inguinale. On a ainsi une anse de crin de Florence, comprenant une petite partie de la paroi vaginale antérieure; avec un autre point de suture on prend un appui solide dans le tissu cellulaire. Les fils sont alors tendus et noués sur le canal inguinal et ferment l'incision de sa paroi postérieure. De cette manière la paroi vaginale est attirée jusque vers le milieu du corps du pubis et soulève la vessie. On fait la même opération de l'autre côté.

Il est très important, d'après BYFORD, de comprendre dans la suture une partie de la muqueuse vaginale où les fils s'enfoncent et s'ensevelissent peu à peu, ce qui augmente la force de l'union. Mais il faut bien prendre garde, quand on opère des deux côtés, de

Je renvoie aussi, pour l'exposé du manuel opératoire et l'historique, au chapitre précédent, où j'ai traité de la rétroflexion.

S'il y a complication de tumeur abdominale, fibrome ou kyste, la fixation du pédicule dans la plaie, après la laparotomie, sera un excellent moyen curateur. J'ai vu ainsi guérir une de mes malades, après l'ovariotomie. Schröder cite des cas semblables, et des faits analogues, que j'ai rappelés à l'historique général de la gastro-hystéropexie (voir p. 497), sont dus à Olshausen, Brennecke, Weist, etc.

Il est très important de remarquer que ce n'est pas contre tous les prolapsus génitaux, mais seulement contre la chute de l'utérus lui-même, que peut agir l'hystéropexie. L'issue, au travers de la vulve, des parois vaginales relâchées en cystocèle ou rectocèle, ne saurait être justiciable de la fixation de la matrice, si celle-ci n'est pas prolapsée. Le prolapsus ne serait qu'incomplètement corrigé par la seule gastro-hystéropexie, alors même qu'il s'agirait d'un prolapsus à la fois utérin et vaginal, pour peu qu'il fût invétéré, accompagné d'une distension considérable de la muqueuse vaginale et d'une hypertrophie sus-vaginale du col. Au point de vue théorique comme au point de vue pratique, l'hystéropexie ne peut être une opération suffisante par elle-même que dans des cas relativement rares où l'utérus, non augmenté de volume, est seul abaissé. Dans tous les autres cas, une opération complémentaire pratiquée sur le col, sur le vagin ou le périnée, sera nécessaire : amputation conoïde de Hugnier ou biconique de Simon, élytrorrhaphie antérieure et pos-

ne pas trop rapprocher de l'urètre les sutures, de crainte de rétrécir son calibre. Il faut aussi prendre grand soin d'éviter l'uretère. BYFORD a fait cette opération deux fois. Une première fois, il échoua, ce qu'il attribua à une insuffisance de technique. La seconde fois, il réussit, quoique n'ayant fait qu'une seule suture à gauche. Mais ce dernier cas n'est nullement probant. En effet, il s'agit d'une femme à qui on avait pratiqué l'hystérectomie vaginale; de plus, dans la même séance, BYFORD fit l'élytrorrhaphie double avec colpo-périnéorrhaphie de Martin. Il est fort probable que cette dernière opération seule a suffi pour assurer le succès; en tous cas, on ne peut déterminer la part qui revient à la première.

HENRY T. BYFORD (*The cure of cystocele by inguinal suspension of the bladder : colpo-cystorrhaphy in Amer. Journ. of Obstet.*, févr. 1890, t. XXIII, p. 452) donne à son opération le nom de *colpo-cystorrhaphie*, qui me paraît très impropre, puisque, si l'on soulève la vessie, ce n'est pas elle que l'on suture au vagin, mais bien la paroi abdominale. Il faut donc employer le mot de *laparo* ou de *gastro-colpopexie*.

La *cystopexie* a été pratiquée par d'autres opérateurs (DE VLACCOZ, DUMORET et TUFFIER). Les deux premiers, après avoir découvert la vessie par la laparotomie, la fixent à la paroi abdominale, mais tandis que de VLACCOZ suture à la fois la musculuse et la séreuse vésicales au péritoine pariétal, DUMORET fixe surtout le péritoine vésical. Dans ces deux cas, il s'agit d'une *cystopexie antérieure intra-péritonéale*. TUFFIER (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 1890, t. XVI, p. 454 et suiv. et *Ann. de Gyn.*, juill. 1890) fait au contraire, une *cystopexie abdominale extra-péritonéale*; il fait l'incision de la taille hypogastrique au niveau de la cavité de Retzius et suture la vessie, latéralement à droite et à gauche.

térieure, colpo-périnéorrhaphie, d'après les procédés variés, cloisonnement de Le Fort, etc.

A ce point de vue donc, l'hystéropexie n'a aucune supériorité sur l'opération d'Alexander, qui, elle aussi, ne peut que rarement suffire, dans ces cas complexes, et ne constitue alors qu'un très précieux auxiliaire. C'est donc véritablement entre le raccourcissement des ligaments ronds et la gastro-hystéropexie qu'il faut établir un parallèle, tant au point de vue de la *gravité* que de l'*efficacité*.

Sur le premier point, il est inutile de s'appesantir; la *bénignité* relative de l'opération d'Alexander est évidente. Cette considération ne résout pas la question assurément, mais elle impose à tout chirurgien le devoir de ne recourir au procédé le plus grave qu'après avoir tenté le plus bénin.

Reste le point de vue de l'*efficacité*. Les éléments d'appréciation nous faisant défaut, nous ne saurions nous prononcer définitivement sur la valeur de la gastro-hystéropexie contre le prolapsus. Les opérations sont trop rares et trop récentes. Une première opérée de Olshausen¹ a vu son infirmité reparaître très vite; il est vrai que le nombre des sutures ne paraît pas avoir été suffisant (deux points de suture au crin de Florence sur l'insertion de chaque ligament rond). Une seconde opérée du même auteur, où la fixation a été faite au cours d'une ovariectomie, était en 1886 guérie depuis un an et demi. Chez une malade de Phillips², la guérison s'était maintenue depuis six mois, au moment de la publication de l'observation. Là encore, c'est le pédicule d'un ovaire enlevé qui avait été fixé. Dumoret³ a cité 8 succès opératoires sur 11 opérations de ce genre. Les 3 malades de Terrier, et celle de Tuffier⁴ ne paraissent pas avoir été revues et ne peuvent fournir des éléments d'appréciation. La proportion de 2 insuccès et d'une mort n'est déjà pas négligeable, et ne justifie guère l'enthousiasme que cette opération a éveillé chez certains chirurgiens.

L'opinion des chirurgiens étrangers ne paraît pas favorable à l'hystéropexie pour le prolapsus. Kelly⁵ en conteste formellement la valeur. Müller, qui l'a pratiquée 12 à 15 fois, n'a eu que de mau-

¹ OLSHAUSEN (*Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 667 et 698) a le premier fait l'hystéropexie (qu'il appelle ventro-fixation) pour le prolapsus; c'est le créateur de la méthode. LEOPOLD et CZERNY ont modifié son procédé, pour l'utérus en rétroversion. TERRIER, le premier en France, a appliqué à la cure du prolapsus la *méthode* d'OLSHAUSEN, et le *procédé* légèrement modifié de CZERNY pour la rétroflexion.

² J. PHILLIPS. *On ventral fixation of the uterus for intractable prolapse* (*Lancet*, 20 oct. 1888, t. II, p. 760).

³ DUMORET. *Laparo-hystéropexie dans le prolapsus*. Thèse de Paris, 1889, p. 99.

⁴ DUMORET. *Loc. cit.*

⁵ H. KELLY. *Amer. Journ. of Obstetr.* janv. 1887, t. XX, p. 55.

vais résultats; il a observé le retour de la chute de l'utérus et du vagin. Dans beaucoup de cas, les adhérences à la paroi abdominale ont cédé; dans beaucoup d'autres, elles ont subsisté, mais en entraînant et en déprimant la paroi abdominale. Hofmeier n'en a pas vu de bons résultats entre les mains de Schröder; Freund fait observer, pour expliquer ces échecs, que même après la myomotomie avec fixation extra-péritonéale du pédicule, on peut voir celui-ci se détacher de la paroi. Fehling, sur 3 cas, a eu 1 insuccès¹.

Du reste, s'il existe une grande hypertrophie du col et un prolapsus du vagin, on aura beau fixer l'utérus, et même l'enlever, on n'empêchera pas le prolapsus vaginal de se reproduire avec tous ses inconvénients. C'est ce qui est déjà arrivé à des chirurgiens qui avaient fait l'hystérectomie vaginale. C'est aussi le résultat déplorable obtenu par Müller (de Berne), à la suite d'une opération relativement grave (hystérectomie abdominale supra-vaginale avec fixation du pédicule dans la plaie de l'abdomen). Cet auteur n'a pas pratiqué moins de trois fois une pareille mutilation contre le prolapsus².

IV. *Hystérectomie vaginale*. — L'hystérectomie abdominale, en dehors des cas de fibrome, est, je crois, injustifiée. Quant à l'hystérectomie vaginale, quoique moins grave, elle est cependant beaucoup plus sérieuse que les opérations plastiques. On ne devrait donc s'y résoudre qu'à la dernière extrémité. Il faut remarquer, en outre, que

Hystérectomie vaginale.

¹ MÜLLER, HOFMEIER, FREUND, FEHLING. *Réunion des natural. et méd. all.* Heidelberg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 43, p. 747).

² J. RENDU (*Notes sur quelques voyages à l'étranger au point de vue de l'obstétrique et de la gynécologie* in *Lyon méd.*, 1881, t. XXXVI, p. 545) a publié les résultats d'une des opérations de MÜLLER sous ce titre: *Enorme prolapsus utérin; laparotomie suivie de l'amputation de la partie supérieure de l'utérus et de la fixation du moignon dans la plaie abdominale; récurrence*. Une femme de trente-huit ans, ayant eu un enfant, était affligée d'un prolapsus complet de la matrice. MÜLLER avait déjà pratiqué, en décembre 1878, la colpo-périnéorrhaphie, suivant la méthode de BISCHOFF, mais sans résultat. Le 16 juin 1879, ayant ouvert l'abdomen en faisant sur la ligne blanche une incision de 4 à 5 centimètres, il avait, à l'aide d'une sonde introduite dans l'utérus, porté cet organe jusque dans la plaie; puis, plaçant un clamp sur l'utérus, il en avait excisé la partie supérieure et fixé le reste entre les lèvres de la plaie abdominale. La malade, guérie, s'était levée le 16 juillet. Au passage de RENDU à Berne (novembre de la même année), ses règles étaient revenues deux fois, sous la forme d'un suintement sanguin, par la vulve et par la cicatrice abdominale. Celle-ci était très profondément déprimée, ou plutôt elle se trouvait au fond d'un infundibulum étroit, formé par les parois de l'abdomen. Le prolapsus utérin s'était reproduit à peu près comme auparavant. Le col dépassait la vulve de 7 centimètres environ, ses lèvres étaient grosses, tuméfiées, et sa cavité laissait pénétrer la première phalange de l'index.

Ce fait prouve bien, me semble-t-il, qu'il ne suffit pas de soutenir l'utérus (même réduit à un moignon) *par en haut*, lorsque l'hypertrophie du col et le prolapsus vaginal l'attirent constamment *par en bas*; la gastro-hystéropexie, comme l'opération d'ALEXANDER, en dehors des cas exceptionnels de prolapsus utérin simple, devra donc être toujours combinée à une opération complémentaire faite sur le col, le vagin ou le périnée, si l'on veut obtenir des résultats durables.

la chute du vagin pourra persister après elle, et nécessiter encore la colpo-périnéorrhaphie, même si l'on prend soin d'enlever du même coup un grand segment de muqueuse vaginale.

Leopold¹, qui l'a employée, n'a pas eu à s'en louer. Müller, qui l'a faite 5 fois, a dû pratiquer plus tard la colporrhaphie 2 fois. Baumgärtner a vu, à la suite de cette opération, survenir une hernie vaginale; par contre, Kehrer² l'a employée avec succès contre un prolapsus récidivant. R. Asch³ ne rapporte pas moins de 8 cas d'hystérectomies pour prolapsus faites à la clinique de Fritsch. Celui-ci combine l'opération avec une large résection du vagin. Braun⁴, dans un cas de prolapsus, récidivé malgré les opérations plastiques, a fait l'extirpation totale de l'utérus. J'ai fait moi-même une hystérectomie vaginale, combinée à une colporrhaphie antérieure et postérieure pour un prolapsus complet. Le résultat demeurerait parfait au bout de six mois.

Choix de l'opération. — On peut résumer ainsi les indications thérapeutiques des divers types de prolapsus génital que j'ai distingués.

Comme traitement palliatif temporaire, les pessaires ou hystérophores appliqués après réduction du prolapsus par le repos, les bains, les tampons, et au besoin l'amputation du col hypertrophié.

Le massage⁵ a été vivement prôné dans ces derniers temps contre la plupart des affection utérines, et en particulier contre le prolapsus. Je le crois appelé à rendre ici de réels services, combiné avec le repos et les bains, pour diminuer le volume des parties prolabées et en faciliter la réduction. Brandt préconise le *massage à deux* : l'un des opérateurs soulève l'utérus avec un ou deux doigts introduits dans le vagin; l'autre enfonce les mains à plat entre l'utérus et la symphyse et appuie lentement le bout de ses doigts le plus profondément possible, puis les élève et les abaisse successivement une douzaine de fois. Une séance quotidienne pendant 8 jours suffirait.

Il serait, à la vérité, tout à fait illusoire de compter sur une contention spontanée durable des organes ainsi remplacés. On n'obtiendra

¹ Voir MÜNCHMEYER. *Congrès de Gyn. all. Fribourg, 1889 (Centr. f. Gyn., 1889, n° 31, p. 544).*

² MÜLLER, BAUMGÄRTNER, KEHRER. *Réunion des natur. et méd. all. Heidelberg, 1889 (Centr. f. Gyn., 1889, p. 747).*

³ ROBERT ASCH. *Exstirpation des Uterus mit Resection der Scheide wegen Vorfalles (Arch. f. Gyn., 1889, Bd. XXXV, Heft 2, p. 187).*

⁴ C. v. BRAUN. *Centr. f. Gyn., 1891, n° 28, p. 596.*

⁵ F. SIELSKI (*Das Wesentliche der Thure Brandt'schen Behandlungsmethode des Uterusprolapses*, in *Centr. f. Gyn., 1889, n° 4, p. 49*) préconise le massage et une modification qui consiste à réduire l'utérus avec une sonde à bout renflé. — E. STROYKOWSKI (*Centr. f. Gyn., 1889, n° 29, p. 505*) a publié deux observations de prolapsus utérin, guéri par le massage à deux, selon le procédé de BRANDT. — K. PAWLIK (*Beitrag zur Behandlung des Gebärmuttervorfalles*, in *Centr. f. Gyn., 1889, n° 15, p. 217*) a essayé le massage dans le prolapsus et n'a eu que des résultats négatifs.

jamais de la sorte qu'un soulagement temporaire qui ne dispensera pas d'une opération plastique.

Pour ce qui est du traitement curatif, il faut distinguer plusieurs catégories de cas :

1° PROCIDENCE DU VAGIN SIMPLE SANS HYPERTROPHIE DU COL ET SANS ABAISSEMENT TRÈS NOTABLE DE L'UTÉRUS : *Élytrorrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie* (procédé de Hegar). quand le vagin est très élargi; dans les cas de cystocèle peu prononcée, *élytrorrhaphie antérieure*, suivie de *colpo-périnéoplastie par glissement* (procédé de Doléris), pour augmenter la résistance du périnée.

2° PROCIDENCE VAGINALE ET PROLAPSUS UTÉRIN AVEC ÉLONGATION HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION SUS-VAGINALE DU COL : *Amputation bi-conique du col, élytrorrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie*. On emploiera ordinairement le procédé de Hegar, mais on donnera la préférence à celui de Martin, si le vagin est excessivement large et flasque; on peut ainsi en enlever une plus grande surface.

Quand le corps de l'utérus sera lui-même sensiblement abaissé, on fera le *raccourcissement des ligaments ronds*, aussitôt après l'amputation du col, avant de procéder aux opérations plastiques sur le vagin¹. En cas d'échec des moyens précédents, la *gastro-hystéropexie* sera combinée aux opérations vaginales.

Dans les chutes complètes et invétérées de l'utérus et du vagin, où les parties herniées, très hypertrophiées, sont difficilement réduites et maintenues, où elles ont, pour ainsi dire, perdu droit de domicile dans le bassin, on sera autorisé à faire l'*hystérectomie vaginale* suivie d'une large excision du vagin et un peu plus tard de la *colpo-périnéorrhaphie* pour rétrécir considérablement l'orifice vulvaire.

3° CHUTE DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN SANS HYPERTROPHIE DU COL : *Raccourcissement des ligaments ronds*, puis *colpo-périnéorrhaphie* (procédé de Hegar ou de Martin, selon la plus ou moins grande amplitude du vagin) ou *cloisonnement du vagin de Le Fort*.

Enfin, comme la métrite existe dans tous les cas d'abaissement, on commencera toujours par un *curettage utérin*.

¹ Cette combinaison de plusieurs procédés à la cure du prolapsus génital, et, en particulier, l'adjonction de l'opération d'ALEXANDER à la colpo-périnéorrhaphie, a été indiquée pour la première fois par cet auteur lui-même. DOLÉRIS (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., 1886, p. 350 et 1890, p. 118*) a vivement préconisé ce procédé mixte. MUNDÉ (*Obstet. Soc. of New-York, nov. 1887, in Amer. Journ. of Obstet., 1888, t. XXI, p. 70*) déclare qu'il a fait très fréquemment ces opérations multiples. — Le raccourcissement des ligaments ronds me paraît être surtout utile dans le prolapsus, en réduisant la rétroversion, compagne ordinaire de la chute utérine et cause puissante de récidence.

On voit qu'on peut avoir ainsi jusqu'à 5 opérations à faire, coup sur coup, sur la même malade; mais elles sont toutes bénignes et rapides; on peut terminer en une heure la série complète, grâce surtout au temps épargné par la suture continue à étages superposés.