

Je sectionnerai le vagin aussi loin que possible de la tumeur. La tumeur sera ainsi enlevée, autant que possible sans morcellement.

Dès lors, l'opération est finie : il ne reste plus qu'à suturer le vagin et à reconstituer au-dessus de lui les surfaces péritonéales avec un surjet qui adosse partout le péritoine à lui-même.

Opération. Résultat. — L'opération fut pratiquée ce jour même, le 31 mai 1900, par M. Legueu, avec l'assistance de M. Duclaux, interne. Chloroformisateur : M. Vincent.

L'utérus est enlevé par la voie abdominale sans morcellement, tout d'une pièce, suivant la technique indiquée. En même temps que le col, on enlève toute la partie supérieure du vagin, avec le tissu cellulaire de la base du ligament large à droite et à gauche.

La recherche des ganglions reste négative : on n'en sent aucun, on ne les enlève pas.

Après ligature des vaisseaux, le vagin est suturé, et le péritoine fermé par un surjet continu. Un drain et une mèche de gaze sont laissés à demeure.

Suites opératoires normales. — La malade quittait le service le 10 juillet, complètement guérie.

Depuis lors on n'en a pas eu de nouvelles.

L'examen histologique de la pièce pratiqué par M. Chevassu a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma typique, de la variété cylindrique.

IV

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR PROLAPSUS UTÉRIN RÉCIDIVÉ

- I. *Observation* d'un prolapsus utérin complet, total, récidivant après une colpopérinéorrhaphie, chez une femme de cinquante-deux ans.
 - II. La *colpopérinéorrhaphie*, quoique nécessaire, serait ici absolument insuffisante. L'*hystéropexie* pourrait, à la rigueur, être utilisée comme opération complémentaire. Mais, à l'âge de cette femme, la conservation de l'utérus n'a plus d'intérêt. Elle serait plutôt justiciable de l'*hystérectomie vaginale*.
 - III. A l'hystérectomie vaginale, je préfère l'*hystérectomie abdominale*, qui supprime l'utérus altéré, fibromateux, inutile ; je me sers du col pour réaliser la fixation du moignon supra-vaginal à l'angle inférieur de la paroi abdominale et ajoute à l'exérèse une *pexie*.
- La restauration du périnée, opération de *contention*, est faite dans la même séance.
- Observation d'une malade opérée dans ces conditions ; bon résultat. Cette opération n'est indiquée que chez les femmes âgées, atteintes de prolapsus complexe ou récidivé.

MESSIEURS,

A chaque étape du prolapsus utérin convient un traitement plus complexe : au début, alors que seules les parois vaginales s'abaissent sur un périnée déchiré et une vulve entr'ouverte, une colpopérinéorrhaphie bien conduite suffit presque toujours à contenir l'utérus et à arrêter le prolapsus dans sa descente.

Plus tard, quand le prolapsus est complet, quand l'utérus tout entier pend à l'extérieur, recouvert des parois vaginales inversées, il ne suffit plus de refaire le périnée ; il faut encore ajouter à l'opération de contention une opération de fixation ou une hystérectomie.

Une malade de la salle Saint-Jean va nous permettre de développer et de discuter ces considérations. Elle a un prolapsus complet de l'utérus ; elle a été opérée l'année dernière, et de l'opération qu'on lui fit, elle ne retira aucun bénéfice, car elle était après quinze jours dans l'état où elle se trouvait avant l'opération.

Son état depuis lors n'a fait que s'aggraver : il y a donc récurrence du prolapsus après la colpopérinéorrhaphie, et cette circonstance nous permettra de juger plus sévèrement du traitement qu'on lui institua et

d'envisager avec plus de circonspection l'ensemble des mesures à prendre pour parer à une nouvelle récurrence.

I

Notre malade est couchée au lit n° 10 de la salle Saint-Jean : elle est âgée de cinquante-deux ans.

Son histoire est celle de toutes les malades atteintes de prolapsus. Mariée à vingt-cinq ans, elle eut six enfants : le premier en 1874, le deuxième en 1876, le troisième en 1879, le quatrième en 1880, le cinquième en 1884, le dernier en 1885.

Ces accouchements se sont tous bien passés sauf le premier : lors de ce premier accouchement, elle fut *déchirée*, et la déchirure ne fut pas réparée. Faute grave pour ceux qui en avaient la responsabilité, car si toutes les déchirures du périnée étaient réparées aussitôt faites, le nombre serait beaucoup moindre des prolapsus de l'utérus que nous aurons à réparer.

La déchirure fut livrée à elle-même, et dès lors cette femme portait en elle l'amorce du prolapsus que nous voyons aujourd'hui.

Ses autres accouchements s'effectuèrent facilement au travers d'une filière élargie, mais cependant les parois vaginales mal soutenues ne tardèrent pas à s'abaisser. Dès que le périnée élargi ne maintient plus suffisamment les parois vaginales, celles-ci s'effondrent : à travers la vulve béante, l'air pénètre dans le vagin, et les parois vaginales, l'antérieure surtout, ne trouvent plus sur la paroi postérieure l'appui qui leur est nécessaire. La paroi vaginale tombe la première, la postérieure vient ensuite, et peu à peu, par tiraillements successifs, le prolapsus se constitue et s'accroît.

C'est ce qui s'est passé pour cette malade : pendant longtemps, malgré sa déchirure, elle n'a rien éprouvé d'anormal. Des ligaments puissants maintenaient encore en place son utérus mal contenu : mais ces ligaments se sont peu à peu distendus et ont laissé choir l'utérus.

Il y a dix ans environ qu'elle a senti quelque pesanteur dans la marche, dans la station debout. Les efforts lui étaient plus pénibles, elle travaillait cependant avec énergie, mais le soir elle était fatiguée et elle sentait à la vulve « quelque chose de gros qui dépassait ».

Pendant plusieurs années, elle reste dans cet état, gênée dans son travail mais travaillant quand même : cependant le prolapsus s'ac-

cuse, il sort maintenant au dehors de la vulve. Et c'est dans cet état qu'elle était l'année dernière en 1900 : le prolapsus était complet, mais réductible.

Elle entre alors à l'hôpital Saint-Louis, où elle est opérée; d'après ce que j'ai pu comprendre, on lui fit une colpopériméorrhaphie. Mais l'opération ne donna aucun résultat : quinze jours après, elle était, nous dit-elle, dans le même état qu'auparavant. Ceci nous laisserait supposer que les sutures ont lâché; c'est un inconvénient, c'est une complication toujours possible de la périméorrhaphie; mais je ne vois cependant sur son périnée aucune trace d'une plaie réunie secondairement.

Quoi qu'il en soit, la malade ne retira aucun bénéfice de cette opération, et depuis l'année dernière, le prolapsus s'est encore accru. Voici dans quel état cette malade se présentait à nous, lorsqu'il y a quelques jours elle entra salle Saint-Jean.

La vulve est béante, le périnée très amoindri à tout au plus une hauteur de un travers de doigt.

Une tumeur du volume du poing saille au dehors de la vulve : c'est l'utérus prolapsé, enveloppé des parois vaginales retournées. L'orifice utérin se voit au pôle déclive de la tumeur : en avant, la vessie est étalée au devant du prolapsus, nous nous en assurons avec la sonde. En arrière, la paroi vaginale seule est descendue, le toucher rectal nous montre que le rectum n'est pas dévié ni entraîné.

Les parois vaginales éversées ne sont le siège d'aucune irritation : on ne voit point de ces ulcérations qui circonscrivent parfois le pourtour de l'orifice utérin, il n'y a pas d'œdème ni d'étranglement; les muqueuses sont de couleur rosée, et de souplesse normale.

Le prolapsus d'ailleurs n'est pas irréductible : à la main on le réduit aisément, et on se rend compte des dimensions énormes de l'orifice vulvaire. Mais aussitôt que la pression pour le réduire a cessé son effet, à la moindre impulsion le prolapsus revient à l'extérieur : s'il est réductible, il est donc incoercible.

L'utérus est presque tout entier contenu dans le prolapsus : je dis presque, car à la palpation je ne sens pas le fond de l'utérus; il est encore retenu dans le vagin. Il y a d'ailleurs un très notable allongement de la cavité utérine; l'hystéromètre s'enfonce dans le col à une profondeur de 10 centimètres, et l'allongement est en grande partie constitué par le col, par la portion sus-vaginale du col, qu'on sent en cordon mince traverser comme un axe rigide la tumeur dans son diamètre vertical.

Malgré que le prolapsus soit énorme, il n'est cependant que peu de troubles fonctionnels.

La miction est bien un peu difficile : la malade doit refouler le prolapsus pour uriner, mais grâce à ce moyen artificiel la vessie se vide et les urines restent claires.

L'analyse des urines nous révèle une qualité très suffisante ; il n'y a pas d'albuminurie, l'urée s'élève à 17 grammes par vingt-quatre heures. L'excrétion urinaire est donc suffisante, et rien ne nous permet de soupçonner ici ces altérations des reins, ces compressions des uretères qu'on voit quelquefois avec le prolapsus utérin et qui ajoutent un élément de gravité considérable à toutes les interventions destinées à le guérir.

Par ailleurs, notre malade est encore en bon état : elle n'est pas trop grasse, sa paroi abdominale n'est pas effondrée, le cœur est bon, les poumons ne présentent rien d'anormal à l'auscultation. Tout se présente donc ici sous un jour favorable, et nous avons toute liberté pour choisir le traitement que nous jugerons le plus apte à guérir cette malade.

II

Avant de vous décrire le procédé particulier que je compte utiliser chez cette malade, laissez-moi vous dire tout d'abord pourquoi je ne me contente pas des moyens de traitement habituels, classiques en quelque sorte, du prolapsus utérin.

1° Il est un premier point sur lequel nous serons facilement d'accord : *la colpopérinéorrhaphie serait ici tout à fait insuffisante*. Elle l'a déjà bien prouvé l'année dernière puisque notre malade n'a retiré aucun bénéfice de l'opération. On ne peut cependant soupçonner une faute de l'opérateur ; l'opération a été bien conduite, et si elle a échoué, c'est qu'il ne pouvait pas en être autrement ; elle ne devait pas réussir parce qu'on lui demandait plus qu'elle ne pouvait donner.

Cette opération cependant est la base du traitement de tous les prolapsus : elle est toujours nécessaire pour traiter un prolapsus partiel ou total parce que le prolapsus a presque toujours sa raison d'être dans une déficience initiale des éléments de contention, c'est-à-dire de la vulve et du périnée. Et dès lors toute opération sera à coup sûr entachée de nullité, qui ne s'adressera pas d'abord et avant tout à refaire *le soutien, le plancher de l'utérus*.

Mais de ce qu'elle est toujours nécessaire, ne concluez pas que la colpopérinéorrhaphie sera toujours suffisante. Oui, elle le sera, quand le prolapsus est au début, quand la vessie et la paroi vaginale postérieure commencent seules à tomber ; elle le sera, quand les ligaments suspenseurs de l'utérus encore parfaits, retiennent par en haut l'organe et compensent la déficience du plancher pelvien.

Mais elle ne sera plus suffisante au contraire, quand l'utérus complètement descendu n'a plus pour le retenir que des ligaments étirés, amincis, sans tonicité, sans solidité ; elle ne le sera plus quand l'utérus lui-même altéré viendra sans entrave peser de tout son poids sur le périnée que vous aurez reconstitué solidement.

Et c'est ce que nous voyons ici : l'utérus n'a plus de ligaments pour le suspendre. Malgré l'allongement du col, allongement secondaire et dû à la traction, le fond de l'utérus est à la vulve, et par conséquent les ligaments larges, les ligaments ronds, tous les moyens de suspension de l'utérus sont allongés de toute la longueur qui les a abaissés jusqu'à la vulve. Alors se contenter ici de refaire le périnée, c'est assurément apporter à cet utérus une contention utile ; mais c'est aussi exposer cette réfection à l'épreuve que lui imposera la masse d'un prolapsus qui viendra de tout son poids presser sur lui.

En somme, la colpopérinéorrhaphie est nécessaire, je l'accorde ; mais elle ne suffit pas, et je dois lui adjoindre un autre moyen.

2° Si la contention ne doit pas suffire, je puis chercher cet autre élément dans une *opération de suspension*.

Je dis que l'utérus presse de tout son poids sur le périnée : pourquoi ne pas m'adresser aux ligaments suspenseurs de l'utérus pour les raccourcir au besoin, ou à l'utérus pour le fixer à la paroi abdominale ?

L'*opération d'Alquié-Alexander* représente celle de ces opérations qui s'adresse aux ligaments : vous savez en quoi elle consiste. Dans les régions inguinales, on découvre l'extrémité des ligaments ronds. On exerce sur eux une traction plus ou moins énergique, et le fond de l'utérus se redresse s'il est en rétroversion, se rapproche de la paroi s'il est en prolapsus, et une fois ce ligament fixé dans son attitude nouvelle de raccourcissement, la correction est obtenue.

En principe, oui ; en fait, non. Les ligaments ronds n'ont plus assez de solidité pour ramener l'utérus à sa place, ni surtout assez de tonicité pour l'y maintenir. Déjà pour les rétroversions, l'efficacité purement orthopédique de cette opération est fort contestable ; elle