

ARCHIVES  
DE TOCOLOGIE  
MALADIES DES FEMMES  
ET  
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

---

MÉMOIRES ORIGINAUX

---

TRAITEMENT DE LA CHUTE DE MATRICE PAR LE  
CLOISONNEMENT DU VAGIN

MODIFICATIONS AU PROCÉDÉ DU PROFESSEUR LE FORT (1)

Par le professeur G. EUSTACHE (de Lille).

---

La chute de l'utérus, avec ou sans hypertrophie notable de l'organe, existe très souvent à un degré tel qu'elle est une source de gêne, de douleurs et de dangers pour les malheureuses femmes qui en sont atteintes et qui, ne pouvant se livrer à aucun effort, à aucun travail, viennent réclamer auprès du médecin un soulagement à leur mal.

A Lille, pays de filatures où les ouvrières travaillent toute la journée debout, soulevant des poids considérables de fil mouillé, se baissant et se relevant sans cesse, et cela dans les premiers quinze jours qui suivent l'accouchement, quelquefois même lors de la première semaine, cette lésion est très commune; il n'est pas d'époque de l'année où, dans mes salles de l'hôpital Sainte-Eugénie, je n'aie point à soigner de nombreuses malades atteintes de cette infirmité.

---

(1) Mémoire lu à la Société de Chirurgie dans la séance du 1<sup>er</sup> juin 1881. Voir le rapport et la discussion dont il a été l'objet dans les Bulletins de cette société (16 novembre 1881).



Quelques-unes viennent, à l'occasion d'accidents aigus d'étranglement ou plutôt d'engorgement des parties prolabées qui sont devenues momentanément irréductibles; d'autres réclament l'application d'un pessaire ou d'une ceinture périnéale qui maintient leur utérus réduit tant bien que mal et leur permet de continuer à vaquer à leurs pénibles occupations; d'autres enfin, après des accidents graves survenus à diverses reprises, ou bien chez lesquelles la contention est impossible malgré la diversité des pessaires employés, acceptent et demandent même une intervention chirurgicale capable de les guérir définitivement.

A ces dernières, le chirurgien peut proposer des opérations multiples, qui portent tantôt sur la vulve, tantôt sur le périnée et tantôt sur le vagin, et qui ont toutes pour but de rétrécir le calibre des conduits et des ouvertures que l'utérus parcourt pour venir au dehors. Tels sont les divers procédés d'épisiorrhaphie, de périnéorrhaphie et de colporrhaphie ou élythrorrhaphie.

Ces procédés sont très nombreux, ce qui signifie évidemment qu'ils sont loin d'être toujours fidèles, et même qu'ils échouent d'une manière à peu près régulière, sinon comme opération, du moins comme but à atteindre. En effet, la chute de l'utérus est bien momentanément empêchée par ces diverses opérations, mais bientôt l'organe, pesant sur l'orifice ou le conduit ainsi rétréci, le distend à nouveau ou bien déchire la ligne de réunion obtenue, et au bout de peu de temps la malade se retrouve dans le même état.

Ce n'est pas le lieu de décrire ces diverses opérations, que l'on trouvera détaillées soit dans les divers Traités de médecine opératoire, soit dans les ouvrages spéciaux; j'en ai donné un résumé complet dans mon *Manuel pratique des maladies des femmes* (1), et je ne peux qu'y renvoyer le lecteur.

J'ai vu faire et j'ai fait moi-même un grand nombre de ces tentatives, et il en est résulté pour moi cette conclusion que toutes ces opérations sont simplement *palliatives*, et non *curatives* comme on le dit habituellement; car, même dans le cas de réussite, la récurrence de la maladie est certaine dans un délai plus ou moins rapproché. Aussi y avais-je à peu près complètement renoncé.

Quand des malades de ce genre se présentaient à moi, je me conten-

---

(1) G. Eustache. *Manuel pratique des maladies des femmes, médecine et chirurgie*. Paris, J.-B. Baillière, 1881.



lais de leur faire porter un pessaire en forme de coupe monté sur une tige de 4 ou 5 centimètres. Cette tige est fixée sur une plaque périnéale rectangulaire, des angles de laquelle partent de petites bandes ou mieux de petits tubes en caoutchouc qui viennent s'agraffer sur une ceinture abdominale. A l'aide de cet hystérophore très simple et très bon marché, que les femmes appliquent et enlèvent elles-mêmes très facilement, la plupart des malades se trouvent suffisamment soulagées pour ne plus vouloir d'opérations chirurgicales.

Telle était la ligne de conduite que j'avais adoptée, quand parut en 1877 le procédé de cloisonnement du vagin de M. le professeur Le Fort. Je ne veux point rechercher si l'idée originale de ce procédé appartient entièrement au savant professeur de la Faculté de Paris, ou bien si elle a été exposée dès 1823 par Gérardin, ainsi que l'assure le Dr Haugebauer dans le *Centralblatt für Gynæcologie* (p. 3, 1881). Les développements dont M. Le Fort fit suivre le récit de ces premières opérations, me parurent si rationnels que je me proposais de suivre cette pratique lors de la première circonstance qui se présenterait à moi. Ma première opération date du mois de décembre 1878.

**OBSERVATION. I.** — Ce fut chez une femme de 36 ans, qui avait déjà eu 9 enfants, et dont la matrice était pendante hors du vagin depuis plus de 4 ans. L'opération fut faite ainsi que l'a indiqué M. Le Fort : avivement antérieur et postérieur de 5 centimètres de long sur 2 de large ; application de 8 points de suture, un à chaque extrémité, et 5 de chaque côté ; les chefs des fils d'argent étant laissés d'une longueur suffisante pour pendre hors de la vulve, où ils étaient réunis en faisceaux, l'un à droite, l'autre à gauche. Au troisième jour, les règles survinrent en avance de douze jours ; elles furent très abondantes ; la femme refusa absolument de se laisser pratiquer des injections détersives matin et soir ; elle se leva à notre insu à plusieurs reprises ; le huitième jour, les fils inférieurs se détachèrent spontanément après avoir sectionné les tissus ; le seizième jour, les fils supérieurs étaient encore en place et ne tombèrent que le lendemain. Il ne restait qu'un pont résistant correspondant à l'extrémité supérieure de l'avivement, mais qui suffit à maintenir l'utérus en place jusqu'au vingt-quatrième jour, quand, à la suite d'un violent effort pour soulever les matelas de son lit, la malade sentit le prolapsus se reproduire au même degré que précédemment.

Elle ne voulut point consentir à une nouvelle tentative chirurgicale, et elle quitta l'hôpital avec un pessaire à tige monté sur une plaque périnéale qui soutenait parfaitement les organes et lui permettait de vaquer à ses occupations. Elle est revenue, il y a quelques mois, pour se faire renouveler son appareil, dont elle est fort satisfaite, ne demandant pas autre chose.



Malgré l'insuccès qui avait suivi cette première opération, je me promis bien de la recommencer, mais en lui faisant subir quelques modifications de détail, dont la nécessité ou tout au moins les avantages incontestables m'avaient paru évidents. Si l'insuccès pouvait être mis pour une large part sur le compte de l'indocilité de la malade, je n'en étais pas moins convaincu qu'il fallait l'attribuer en partie à certains détails du manuel opératoire, qui gagneraient à être modifiés. Le premier de ces changements gisait dans l'étendue des surfaces d'avivement; le second dans la nature et le mode d'application des sutures.

### 1° *Etendue de la surface d'avivement.*

M. Le Fort recommande de faire un avivement *linéaire longitudinal* dans l'étendue de 4 ou 5 centimètres sur la paroi antérieure et sur la partie postérieure du vagin. Le mot *linéaire* se retrouve tant dans le premier mémoire du *Bulletin de thérapeutique* que dans la *Manuel de médecine opératoire* (T. 11, p. 720). — Il est vrai qu'à la lecture de l'observation, on note que M. Le Fort a pratiqué un avivement *linéaire de 2 centimètres de large*; mais on peut voir que sur ma première opérée, j'avais fait un avivement d'une largeur égale, et que par conséquent le reproche que m'a adressé M. Le Fort à la Société de Chirurgie (*Bulletins*, 1881, p. 827) de ne pas avoir bien compris et bien appliqué sa méthode n'est justifié en aucune façon. Ceci soit dit en passant, je reprends mon sujet.

Je n'ai rien à dire sur la longueur à donner à l'avivement: elle doit être aussi considérable que possible, partir des limites du col et s'étendre en bas jusqu'à la commissure du périnée, de façon à avoir une cloison médiane complète, qui empêche le déplissement même partiel du vagin. Ce fait est généralement admis; les opérations complémentaires d'épissio-périnéorhaphie auxquelles MM. Le Fort, Zancarol et Hicquel ont eu recours, en indiquant suffisamment la nécessité. L'expérience m'a prouvé que ce n'était pas le moment le plus facile de l'opération et que l'on ne descendait jamais aussi bas qu'on pouvait le croire en faisant l'avivement.

Mais je tiens à insister un peu plus sur la *largeur* de l'avivement. Un ou deux centimètres sont franchement insuffisants, et je conseille de doubler cette dernière largeur, c'est-à-dire de la porter à QUATRE centimètres au moins, de sorte qu'en définitive la surface avivée soit rectangulaire ou même presque carrée.



D'abord cette plus grande largeur ne présente d'autre inconvénient que de prolonger un peu plus l'opération, ce qui est sans difficulté avec l'administration du chloroforme. On est sans doute un peu plus exposé à une hémorrhagie en nappe ou même à l'ouverture ou à la section d'une artériole latérale, quand on se rapproche des bulbes du vagin. Mais les pinces à forcipressure, les applications d'eau hémostatique de Léchelle ou de Pagliari, et au besoin une ligature au catgut nous permettront toujours de ne pas craindre cet accident dont on vient si facilement à bout.

En compensation, les avantages d'un large avivement sont incontestables. Les surfaces adossées sont plus étendues ; les parties embrassées par les fils de suture sont plus épaisses et risquent moins d'être étranglées ; elles offrent aussi plus de résistance aux secousses de toux ou de vomissement qui manquent rarement après une pareille opération, surtout si l'on a recours à l'administration du chloroforme, comme je le conseille. Enfin, quand l'adhésion a eu lieu, les deux vagins latéraux sont plus rétrécis, et surtout la cloison médiane est plus épaisse et plus résistante, phénomène essentiel dans tous les cas.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la chute de l'utérus s'accompagne toujours d'un degré plus ou moins marqué d'hypertrophie de l'organe, et surtout d'allongement hypertrophique du col. Huguier a même prétendu que dans tous les cas c'était cette dernière lésion qui existait à peu près seule. Je ne veux pas discuter aujourd'hui cette question ; qu'il me suffise de n'en retenir que ceci, c'est que la pression de haut en bas exercée sur la cloison nouvelle par un utérus hypertrophié ou allongé est très considérable et que la résistance de celle-ci doit être aussi forte que possible. C'est la seule façon ou bien d'éviter sa déchirure, ou bien de prévenir son extension progressive qui permettrait à l'utérus de la tourner en quelque sorte, en venant se loger d'abord dans l'un des vagins latéraux, et plus tard de descendre jusqu'à la vulve, la dépasser même et retomber en l'état de *précipitation*.

C'est en effet ce que j'ai vu se produire chez ma seconde opérée lors d'une première tentative faite suivant les indications de M. Le Fort, et chez laquelle je dus recourir à une seconde intervention chirurgicale. Avec un avivement de deux centimètres de large, je n'obtins, et on ne peut guère obtenir qu'une cloison membraneuse de quelques millimètres d'épaisseur qui se laissait déprimer latéralement. Avec un



avivement de quatre centimètres de large, la cloison obtenue est épaisse de plus d'un centimètre ; elle est résistante, nullement dépressible, fibreuse. Je viens (15 juillet 1882) de revoir une de mes malades opérée en novembre 1880, c'est-à-dire depuis plus de 20 mois, et les choses sont au même point que lorsque la malade a quitté l'hôpital ; la cloison médiane forme un véritable mur de séparation entre les deux vagins, un véritable pilier de soutien, sur le chapiteau duquel l'utérus repose sans le déprimer.

Pour toutes ces raisons, encore plus pratiques que théoriques, il me semble nécessaire de proclamer bien haut que, dans le traitement de la chute de l'utérus par le cloisonnement du vagin, on doit substituer à l'avivement linéaire (1 ou 2 centimètres) de M. Le Fort un avivement d'une largeur d'au moins 4 centimètres, depuis le col de l'utérus jusqu'à la vulve.

## II. *Nature et mode d'application des sutures.*

Dans les 9 opérations (Le Fort 2, Panas 1, Zancarol 1, Hicquet 3, Duplay 2) dont l'histoire a été publiée dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* avant 1880, la suture avait été faite avec des fils d'argent, dont les chefs après la torsion étaient laissés assez longs pour pendre hors de la vulve. Au bout de 5 à 6 jours, on pratiquait l'ablation des fils, en allant sectionner l'un des côtés de l'anse au niveau de son point d'application.

Cette dernière manœuvre est loin d'être aisée, surtout en ce qui concerne les fils supérieurs voisins du col ; sauf dans un ou deux cas, elle a été tellement difficile qu'on a dû y renoncer et attendre la chute spontanée des sutures par ulcération des tissus. Cette dernière manière de procéder me semble même la seule réellement convenable, car, dans les tentatives faites pour découvrir les anses des fils profonds, ou risque d'amener la rupture des parties soudées et de compromettre les résultats déjà acquis. Malgré ce dernier inconvénient, on n'en est pas moins convenu aujourd'hui qu'il vaut mieux attendre la chute spontanée des points de suture.

Mais cette chute spontanée par ulcération des tissus n'est pas non plus sans inconvénients ; j'en signalerai quelques-uns parmi ceux que j'ai pu observer.

La longue durée du séjour des fils métalliques dans le vagin expose à des inflammations de ce conduit, à des sécrétions âcres et irritantes



qui, pénétrant par capillarité dans la ligne de réunion, peuvent empêcher l'adhésion cicatricielle, sinon en totalité du moins en partie.

La présence des fils est également nuisible pour les parties conservées: l'ulcération, qui doit leur donner leur liberté, compromet la résistance de la cloison, risque de la détruire par places en la transformant en une série de ponts successifs, sans compter que le processus ulcératif peut aboutir à l'inflammation et à la suppuration de la cloison et entraîner ainsi un insuccès plus ou moins complet.

Je sais bien que cela ne s'est pas produit dans la plupart des cas; mais c'est à ces particularités, plus encore qu'à l'indocilité de la malade, que j'attribuais mon insuccès de 1878, et dès lors j'étais bien décidé à substituer aux sutures métalliques les *sutures au catgut*, dont je fais depuis plusieurs années un assez large emploi dans les opérations les plus diverses et qui ne présentent aucun des inconvénients précités. Ce fut seulement en novembre 1880 que je pus donner suite à ces idées en ce qui concerne le cloisonnement du vagin.

Dans l'intervalle, les mêmes réflexions étaient venues à l'esprit de M. Panas qui, se rappelant les difficultés qu'il avait eues lors de son opération de 1878 et tenant en compte celles que M. Zancarol accusait dans son opération de 1877, proposait, dans la séance de la Société de chirurgie du 10 décembre 1879, de substituer la suture au catgut à la suture métallique. La première, disait-il, était aussi facile à faire que la seconde et elle avait l'avantage de pouvoir être abandonnée dans les parties où les fils de catgut se résorbent.

Dans cette même séance, M. Le Fort reconnaissait le bien fondé de ces observations, acceptait la substitution proposée par M. Panas, disant toutefois qu'il préférerait au catgut les fils de soie ou de chanvre.

La question en était restée là quand, au mois d'octobre 1880, l'occasion se présenta à moi de faire une seconde, puis une troisième et une quatrième opération de cloisonnement du vagin. Ces trois opérations faites avec les modifications précitées, c'est-à-dire l'élargissement notable des surfaces d'avivement et la suture au catgut, m'ont donné d'excellents résultats que je vais rapporter tout à l'heure dans tous leurs détails.

Ce sujet a été simultanément étudié en Allemagne et en Amérique. Hengebauer (*Centralblatt für Gyn.*, 1881) a employé indifféremment des fils de fer, d'argent ou de cuivre. Les Américains (*The American Journal of obstetrics*, mars 1882) ne se sont encore servis que de fils



d'argent, mais le Dr Montgomery se propose de ne plus employer à l'avenir que des fils de catgut, préalablement durcis par l'acide chromique ; le Dr Goodell recommande au contraire les fils de boyau de ver à soie (*silkworm gut*) qui mettent plus longtemps à se résorber. J'ai déjà appelé l'attention (voir *Arch. de Tocologie*, janvier 1881) sur cette dernière substance préconisée par M. Granville Bantock pour les sutures de l'ovariotomie, et qui pourrait en effet être substituée avec quelques avantages au catgut. Mais, avec l'une comme avec l'autre, on obtient le même résultat, c'est-à-dire qu'il n'est plus besoin de songer à l'ablation des sutures, lesquelles se résorbent sur place.

Ces quelques considérations me semblent suffisantes pour démontrer la supériorité des sutures animales sur les sutures métalliques et je suis bien aise d'y avoir contribué pour ma part.

Désormais les succès d'une pareille intervention chirurgicale étant plus certains et plus nombreux, les malades s'y décideront plus facilement, les chirurgiens n'hésiteront plus, et ainsi seront guéris beaucoup de cas de chute de matrice, simple infirmité si l'on veut, mais bien pénible et bien nuisible pour les classes ouvrières où elle se rencontre presque exclusivement.

Il me serait loisible d'allonger considérablement ce mémoire en décrivant les divers temps de l'opération ; je préfère toutefois renvoyer pour cela à l'auteur lui-même de la méthode (voir le *Manuel de médecine opératoire* de Le Fort et Malgaigne, t. II, p. 728). Je me contenterai ici de rapporter mes observations avec quelques détails ; elles concernent trois malades différentes. L'histoire de la première de ces opérées présente surtout un réel intérêt au point de vue de la comparaison du procédé primitif de M. Le Fort (1) et du procédé modifié que je propose : en effet, tandis que le premier a échoué une première et une seconde fois, le second a réussi, et cela malgré les conditions désavantageuses dans lesquelles se sont faites et l'avivement et l'adossement de parties déjà envahies par le tissu cicatriciel.

OBSERVATION II (recueillie par M. Ch. Bernard, interne du service). —

---

(1) M. Le Fort n'a rien changé à son procédé primitif si l'on en juge par une observation qu'il vient de faire publier par un de ses internes (*Annales de gynécologie*, juillet 1882). La largeur de l'avivement n'a qu'un centimètre et demi ; toutefois les sutures de soie ont remplacé les sutures métalliques. L'opérée succomba à une pleuro-pneumonie double quinze jours après.



Catherine Her..., âgée de 45 ans, journalière, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 4 avril 1880, pour une chute complète de la matrice.

Cette femme a eu deux enfants, l'un à 24, l'autre à 34 ans. Sa maladie date du premier accouchement, qui fut difficile et dut être terminé par le forceps. Quelques mois après, l'utérus descendait jusqu'à la vulve, qu'il entr'ouvrait dans la position debout. Pendant sa seconde grossesse, 10 ans après, le prolapsus se réduisit, mais reparut après l'accouchement et ne fit qu'augmenter. Depuis huit ans, la matrice franchit la vulve et pend entre les cuisses; les pessaires qu'on a essayé à plusieurs reprises de lui faire porter n'ont jamais pu tenir en place.

Il y a quelques jours, la tumeur s'enfla considérablement, devint rouge, douloureuse et irréductible, et c'est pour cela qu'elle entre à l'hôpital.

A ce moment, l'utérus est très volumineux, les parois retournées du vagin qui le recouvrent sont rouges et œdématisées, la réduction est impossible. L'hystéromètre pénètre à une profondeur de 17 cent 1/2; la circonférence des parties mesurées au-dessous de la vulve atteint 21 centimètres. Sous l'influence du repos au lit le bassin relevé, de cataplasmes appliqués sur la tumeur, la diminution du gonflement se fit peu à peu, et le 24 mai on put réduire facilement le prolapsus. A ce moment, le cathéter utérin n'accusait plus que 16 centimètres, dont la plus grande partie était due à l'hypertrophie du col.

Mon collègue M. le Dr Faucon, qui avait à ce moment le service, proposa et pratiqua l'amputation du col avec le thermo-cautère le 28 mai. Cette opération diminua la longueur de la matrice de 5 centimètres sur la lèvre antérieure, et de 4 sur la lèvre postérieure. Mais le prolapsus ne s'en réduisit pas moins, et, le 15 juillet, M. Faucon pratiquait le cloisonnement du vagin par le procédé du Dr Le Fort. Avant que les fils métalliques ne fussent tombés, la malade quitta l'hôpital où elle ne rentra que fin août. Il existait à cette époque un petit pont cicatriciel entre les deux parois, qui avait maintenu jusque-là les parties en place, quand, quelques jours après, la malade ayant fait un effort violent, tout se rompit; les parties firent issue au dehors comme précédemment.

Je pris le service sur ces entrefaites, et je constatai que cette femme avait un prolapsus complet: l'utérus, dans lequel l'hystéromètre s'enfonçait à une profondeur de 12 centimètres pendait en entier hors de la vulve; le col était légèrement béant et ulcéré sur ses bords; on voyait sur chacune des parois du vagin la ligne de cicatrice de 1 centimètre de large résultant de la première opération du cloisonnement. Une seconde intervention de même nature fut proposée à la malade qui l'accepta; elle fut pratiquée le 4 octobre 1880.

Avant de recourir aux modifications précédemment indiquées, je voulus tenter une seconde fois l'opération, telle qu'elle avait été conçue et recommandée par M. Le Fort. La malade étant chloroformisée, je refis l'avivement de 1 centimètre de large depuis l'insertion du vagin sur le col jusqu'à l'entrée de la vulve, et je suturai les parois par douze fils métalliques,



laissées suffisamment longs pour pendre hors de la vulve, où ils formaient deux faisceaux, l'un droit et l'autre gauche.

Les lavages phéniqués furent pratiqués matin et soir ; la malade fut sondée régulièrement trois fois par jour pendant la première semaine ; enfin la constipation fut obtenue à l'aide du régime et de l'administration des opiacés. Les fils inférieurs se détachèrent au dixième jour ; les autres au seizième jour. Dès que la malade commença à se lever, le prolapsus tendait à se reproduire malgré l'existence de la cloison membraneuse qui réunissait les deux parois vaginales ; quinze jours après, celle-ci avait cédé de nouveau, et le prolapsus s'était reproduit comme auparavant.

La malade ayant consenti à une troisième opération de cloisonnement, celle-ci fut pratiquée le 22 novembre 1880.

Dès que la chloroformisation fut complète, je décrivis sur la paroi postérieure du vagin un large quadrilatère de 6 centimètres de côté, s'étendant depuis le col jusqu'à la commissure antérieure du périnée, et je fis ainsi un avivement de 36 centimètres carrés de superficie. Cet avivement fut assez long et difficile, surtout au niveau de la ligne cicatricielle des deux premières opérations ; l'hémorrhagie fut abondante, et je dus même pratiquer deux ligatures au catgut fin (n° 1), dont les chefs furent coupés ras du nœud.

Passant de là à la paroi antérieure, je pratiquai un avivement de même étendue en largeur et longueur.

Après avoir convenablement arrêté l'hémorrhagie à l'aide d'injections d'eau froide et de tampons d'ouate imbibés d'eau de Pagliari, je procédai au second temps, à la suture.

Celle-ci fut faite à l'aide d'une aiguille de Sims, armée d'un long fil de catgut (n° 2), et montée sur une pince porte-aiguille. Deux premières sutures furent placées au niveau des parties supérieures de l'avivement, le long du bord transversal, et passées successivement de la paroi antérieure sur la paroi postérieure : elles furent serrées aussitôt. Puis furent successivement placées dix sutures latérales, cinq de chaque côté, et enfin deux autres sur le bord transversal inférieur : en tout quatorze sutures, dont les chefs furent coupés ras.

L'opération avait duré 1 heure 45 minutes, et la chloroformisation continuée tout ce temps.

J'eus recours aux mêmes soins consécutifs que précédemment : cathétérisme toutes les cinq heures ; injections phéniquées deux fois par jour ; opium à l'intérieur. La fièvre fut à peu près nulle, et, sauf quelques vomissements pendant les deux premiers jours, la femme ne présenta aucun accident.

Huit jours après, je cessai le cathétérisme et les opiacés ; j'administrai 20 grammes d'huile de ricin et un lavement huileux et j'obtins une selle facile.

La malade fut tenue au lit jusqu'au 6 décembre ; à partir de ce jour, elle commença à se lever et reprit peu à peu son genre de vie habituel, balayant la salle, faisant les lits, etc.



Le vingtième jour, je l'examinai et pus constater que rien n'apparaissait à la vulve ; lors des secousses de toux, la vulve se soulève et s'entr'ouvre légèrement, mais rien ne fait saillie au dehors ; si l'on écarte les lèvres et qu'on attire à soi la partie inférieure du vagin, on peut voir, au moment des efforts, la cloison qui relie ensemble les deux parois antérieure et postérieure ; elle est falciforme, d'une épaisseur transversale de 1 centimètre et d'aspect blanc-nacre. En introduisant deux doigts dans le vagin, l'un à droite, l'autre à gauche, on note d'abord que ces vagins latéraux sont étroits, resserrés, les doigts sont séparés l'un de l'autre par une cloison très résistante, d'une épaisseur de 1 centimètre au moins sur les endroits les moins résistants, plus considérable vers ses extrémités.

Cette cloison mesure une hauteur de 5 centimètres depuis le col de l'utérus jusqu'à l'entrée du vagin, où elle ne descend toutefois qu'à 1 cent. 1/2 du tubercule. Son rebord supérieur est très nettement falciforme et séparé du col même de l'utérus, que le doigt peut refouler légèrement de manière à aller à la rencontre du doigt situé de l'autre côté.

Cet examen a été fait à plusieurs reprises et nous a toujours donné le même résultat ; la femme n'accuse aucune gêne ni aucune souffrance ; elle peut faire des efforts variés sans que rien ne sorte au dehors. Nous la gardâmes dans nos salles jusqu'au 5 janvier. Elle a repris depuis son travail de fileuse sans aucun inconvénient : j'ai eu occasion de la revoir et de l'examiner à plusieurs reprises depuis, la dernière fois, il y a à peine quelques jours, c'est-à-dire vingt mois après l'opération, et les choses sont restées absolument dans le même état.

OBSERVATION III. — Presque en même temps que la précédente, le 1<sup>er</sup> décembre 1880, j'opérai de la même façon et avec le même résultat une autre malade que je voyais déjà depuis plus de trois ans, et qui portait depuis ce temps un pessaire à tige supporté par une ceinture périnéale. — Ernestine Van..., âgée de 42 ans, avait eu neuf enfants et était atteinte de prolapsus complet de la matrice depuis plus de dix ans. La matrice mesurait 11 cent. 1/2. — Les règles venaient régulièrement, mais avec une abondance considérable : les lèvres du col étaient ulcérées et fongueuses. — Quatre jours après la cessation des menstrues, je procédai à l'opération. Un avivement de 6 centimètres de long sur 5 de large fut pratiqué sur chacune des parois vaginales ; puis douze sutures au catgut furent successivement placées, deux en haut, huit sur les côtés, et deux en bas. L'opération, faite pendant le sommeil chloroformique, n'avait duré que 55 minutes.

Les suites furent également très simples ; le soir et le lendemain il y eut 100 pulsations, 39° de température et quelques vomissements ; mais, dès le surlendemain, tout avait disparu. Le cathétérisme et la constipation furent maintenus jusqu'au huitième jour, et la malade tenue au lit jusqu'au dix-huitième ; les injections phéniquées matin et soir furent soigneusement faites pendant tout ce temps.

Le 18, je l'examinai et constatai l'existence d'une cloison épaisse et résis-



tante qui ne cédait point sous la pression du doigt. Les règles survinrent le lendemain, en avance de cinq jours : elles furent d'une abondance moyenne. Pendant tout le temps de leur durée, les injections vaginales n'en furent pas moins faites avec soin.

Le 25, l'écoulement sanguin ayant cessé, la femme se leva, et, dix jours après, elle avait repris ses occupations de marchande à la Halle, qu'elle continue depuis.

Je l'ai revue plusieurs fois et ai constaté que rien ne se déplace. Moins de six mois après, malgré les recommandations que je lui avais faites, elle avait été plusieurs fois avec son mari, sans en éprouver d'inconvénient particulier. A l'examen, je constatai que le coït devait se faire par le vagin gauche, qui était plus dilaté que le droit ; mais, malgré cette circonstance, la cloison n'en était pas moins intacte, et l'utérus n'en restait pas moins à une hauteur de 5 centimètres au-dessus de la vulve.

**OBSERVATION IV** (recueillie par M. Toison, externe du service, — La nommée Céline Chat..., âgée de 57 ans, ménagère, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 7 mars 1881, salle Sainte-Augustine, n° 9.

Cette femme, qui paraît jouir d'une excellente constitution et n'a pas d'antécédents morbides, a été réglée à 13 ans, mariée à 21. Elle a eu son premier enfant à 22 ans ; depuis lors elle en a eu 15, le dernier a 46 ans révolus ; elle en a allaité 14.

Après chaque accouchement, elle ne prenait que 6 à 8 jours de repos. Les règles n'ont point reparu depuis sa dernière grossesse.

A 43 ans, la chute de matrice se produisit, et après sa dernière grossesse, elle était complète : l'organe pendait entre les cuisses. On lui appliqua un gros pessaire qui resta en place pendant 2 ans sans être enlevé. Quand ce premier pessaire fut détruit, on lui en fit porter successivement d'autres de plus en plus volumineux, jusqu'à il y a trois semaines environ où, après la chute du pessaire et la reproduction subite du prolapsus, les parties herniées se tuméfièrent énormément, devinrent irréductibles, et la malade entra à l'hôpital.

*Examen local.* Il existe entre les cuisses une tumeur rouge ovoïde, luisante, à grosse extrémité descendant presque vers la partie moyenne des cuisses, à extrémité supérieure s'engageant dans la vulve. La partie moyenne de la tumeur est dure, résistante, manifestement formée par la matrice hypertrophiée dans tous les sens ; sur le devant, la paroi vaginale est directement appliquée contre l'utérus ; en arrière, au contraire, elle en est écartée, et on sent manifestement une poche contenant des matières fécales : *rectocèle*.

A l'extrémité inférieure de la tumeur, existe l'orifice utérin, assez dilaté pour permettre l'introduction du petit doigt, et en forme de croissant à concavité antérieure. A 2 centimètres au pourtour de l'orifice, on note un sillon circulaire, qui délimite aussi une circonférence dans l'aire de laquelle la muqueuse est rouge, tomenteuse : ce n'est autre chose que la muqueuse intra-cervicale devenue extérieure par suite de l'*ectropion* du col. Plus



loin, à 2 centimètres et demi de ce premier cercle, en existe une autre parfaitement bien dessiné et correspondant à l'insertion du vagin.

Le cathétérisme de l'urèthre montre que ce canal est dévié en arrière, et que le bas-fond de la vessie est entraîné dans ce sens, *cystocèle commençante*. Le toucher rectal confirme et précise la *rectocèle*. Le cathétérisme de l'utérus est facile et indolore; la sonde pénètre jusqu'à 11 centimètres et n'amène pas de sang.

Depuis la veille, les parties étaient recouvertes de compresses d'eau de mauve tiède; leur gonflement a notablement diminué, et leur réduction se fait assez aisément et sans douleurs. Une fois le taxis effectué, si l'on fait tousser la malade, on voit le prolapsus se reproduire et c'est d'abord la paroi postérieure qui sort et se déplisse en entier; puis vient le paroi antérieure et bientôt après toute la tumeur se reforme en entier. C'est donc le prolapsus vaginal postérieur, la rectocèle, qui débute, puis le prolapsus vaginal antérieur et enfin la chute de matrice.

Les jours suivants, la malade fut examinée à plusieurs reprises; on essaya de lui appliquer divers pessaires pour maintenir les parties, pessaire de Gariel, de Hodge, etc.; mais à chaque secousse de toux l'instrument était rejeté, et le prolapsus se reproduisait. M. le professeur Eustache proposa alors à la malade de procéder au cloisonnement du vagin, ce qui fut accepté et pratiqué le 15 mars 1881.

*Opération.* — La malade est chloroformisée, puis portée sur le bord du lit d'opérations, le siège débordant; les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin étaient maintenues par des aides.

Le col est immédiatement saisi par une forte pince de Museux et porté en haut et en avant pour étaler la paroi postérieure. Les surfaces sont lavées avec de l'eau phéniquée forte; puis le chirurgien délimite par les incisions superficielles un rectangle de 6 centimètres de long, sur 5 de large, s'étendant depuis les insertions vaginales du col jusqu'à la fourchette, et procède aussitôt à l'avivement avec le bistouri et les ciseaux courbes.

A l'angle supérieur gauche du rectangle, une artériole donne un jet et est aussitôt saisie par une pince hémostatique; l'avivement se continue sans autre incident; la surface avivée est lavée à l'eau phéniquée, puis à l'eau de Pagliari; une éponge imbibée de cette eau est laissée en place, pendant que le col est porté en bas et en arrière pour découvrir et étaler la paroi antérieure, sur laquelle va porter un nouvel avivement.

Un rectangle de mêmes dimensions que le premier est aussitôt tracé et l'avivement fait rapidement; l'hémorrhagie est peu considérable et en nappe.

Après s'être bien assuré que toutes les surfaces sont bien saignantes, le chirurgien les lave avec soin avec de l'eau phéniquée, puis avec de l'eau de Pagliari; la pince hémostatique placée sur la paroi postérieure est enlevée; et comme le jet sanguin se reproduit, on pose une ligature au catgut dont on coupe les chefs très ras.

Au bout de quelques minutes, l'hémostase était complète; les plaies furent de nouveau soigneusement lavées à l'eau phéniquée, exactement débar-



rassées des caillots filamenteux qui se formaient à leur surface, et on procède à la suture.

*Suture.* — Elle est faite avec des aiguilles fines, de diverses courbures armées de fils de catgut n° 1, et montées sur une pince.

Le col de l'utérus étant légèrement refoulé en haut, le chirurgien suture d'abord les bords supérieurs des deux avivements. Pour cela, l'aiguille est enfoncée à 3 millimètres de la limite d'avivement de la paroi postérieure, chemine obliquement dans l'épaisseur de cette paroi de haut en bas, ressort à la moitié du centre de l'avivement, puis est portée sur la paroi antérieure, enfoncée dans un point central correspondant et conduite de là de bas en haut jusqu'en dehors de l'avivement. Deux autres sutures sont placées de la même manière sur les côtés ; puis les fils sont convenablement serrés, noués, les chefs coupés ras, de telle façon que le col utérin se trouve réduit et caché par ces premières sutures sur lesquelles il repose.

Au niveau de chacun des angles, une suture est placée de la même manière, ce qui nous donne 5 sutures appliquées sur la ligne horizontale supérieure. Puis les sutures latérales, au nombre de 4 de chaque côté, sont appliquées de telle façon que les fils de droite et ceux de gauche arrivent à se toucher sur la ligne médiane de l'avivement, en suivant ainsi un trajet intra-pariétal d'environ 3 centimètres. En tendant les parois avec des pinces, et en plaçant le doigt dans le rectum, rien n'est plus facile. Enfin, trois points sont appliqués au niveau du bord inférieur et externe des avivements : en tout 16 sutures, qui assurent un adossement exact, dont l'extrémité inférieure affleure l'orifice vulvaire.

Aussitôt après, la femme est sondée ; on fait une injection vaginale phéniquée de chaque côté de la cloison jusqu'à ce que le liquide sorte parfaitement limpide. La femme est alors reportée dans son lit ; on place un tampon d'ouate phéniquée entre les cuisses contre l'orifice vulvaire, et on fixe ensemble les deux genoux pour empêcher les mouvements d'abduction des cuisses. L'opération a duré 1 heure 25 minutes.

*Prescriptions.* — Bouillon et lait froids. — Une pilule de 0,01 extrait thébaïque toutes les 2 heures. — Cathétérisme 4 fois par jour. — Injection vaginale phéniquée matin et soir. Tampon vulvaire à demeure.

Dans la journée : malaise, vomissements chloroformiques qui se prolongent jusqu'au lendemain soir et entraînent de l'insomnie. L'écoulement par la vulve est peu abondant et à peine rosé.

Le lendemain, léger mouvement fébrile. T. m. 38. 2, s. 39° 7, qui est le même le lendemain ; mais dès le 18, les vomissements ont cessé et la fièvre tombe. A dater de ce moment, la température oscille toujours entre 37.5 le matin et 38.3 le soir.

Le 25, la malade allant fort bien, on cesse le cathétérisme ; on suspend l'opium et on provoque l'apparition d'une première selle par l'administration d'un verre d'eau de Sedlitz, suivi 2 heures après d'un lavement glycéroiné. La malade eut 6 selles abondantes, sans coliques et sans aucune sensation particulière dans le bassin



Le 26<sup>e</sup> jour, la malade se lève et se promène. L'examen des parties est pratiqué le 30, 4 jours après l'opération. Les parties sont parfaitement réduites et rien ne fait saillie au dehors. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit l'extrémité inférieure de la cloison dont les deux faces ne se sont pas réunies sur une hauteur de l. c. m.; mais à partir de ce point, la cloison existe, résistante, dure, d'une épaisseur de plus de 1 centimètre; s'étendant sur toute la hauteur du vagin jusqu'au col, dont elle est séparée par un rebord falciforme très accentué. Ces deux vagins latéraux sont étroits, permettant à peine l'introduction de l'index. Rien ne se déplace pendant les secousses de toux.

Les jours suivants, les choses restèrent dans cet état et la malade n'accusait plus aucune sensation de ce côté.

Outre le prolapsus utérin dont il vient d'être question, la malade avait encore une tumeur du sein gauche, dure, indolore, de la grosseur d'un œuf de poule dont elle demandait instamment d'être débarrassée. Cette nouvelle opération est pratiquée le 12 mars: il s'agissait d'un sarcome de la mamelle, avec altération d'un ganglion axillaire qui fut également enlevé. A la suite de cette opération, il survint un érysipèle du tronc, puis une pleuro-pneumonie; mais ces complications furent bénignes, et un mois après la malade était complètement guérie. Malgré ces accidents, rien ne survint du côté de l'utérus; la cloison résista parfaitement aux secousses de toux, et quand elle quitta l'hôpital le 1<sup>er</sup> mai, tout était dans un état d'intégrité parfaite.

Elle est revenue nous voir le 30 mai; rien n'est déplacé; elle peut travailler à sa profession de lessiveuse sans éprouver de douleur ni de tiraillement; la cloison offre peut-être une plus grande résistance que par le passé.

Tel est le récit fidèle des cinq opérations de cloisonnement du vagin que j'avais pratiquées à la date du 1<sup>er</sup> juin 1881, lors de la lecture de ce mémoire à la Société de chirurgie. Les deux premières furent faites d'après les indications précises de M. Le Fort; elles m'ont donné deux insuccès, sinon immédiats, du moins consécutifs. Les trois dernières modifiées dans le double sens que je viens d'indiquer dans les pages précédentes, m'ont au contraire donné une guérison définitive qui ne s'est pas encore démentie au bout de près de deux années.

Depuis lors, j'ai eu occasion de pratiquer deux nouvelles opérations, dont le récit ne diffère pas assez des précédentes pour qu'il soit nécessaire de le reproduire, et j'ai obtenu encore le même résultat heureux. Ainsi cinq succès complets sur cinq opérations, telle est ma statistique personnelle, sur laquelle reposent les conclusions qui vont suivre.

Dans chacune de ces cinq dernières opérations, j'ai introduit, il est vrai, une nouvelle modification qui n'a pu que favoriser davantage la



bonne réussite, je veux parler de l'application de la méthode antiseptique, en tant qu'il est possible de la mettre en pratique dans la chirurgie vaginale : c'est là un complément de la plus grande utilité.

#### CONCLUSIONS.

1° La seule opération chirurgicale capable de remédier efficacement et définitivement à la chute complète de l'utérus, est le cloisonnement du vagin, suivant la méthode imaginée par M. Le Fort;

2° Pour que cette méthode soit suivie de succès certain, il est nécessaire de modifier le procédé primitif de son auteur et y introduire les deux changements suivants ;

3° Au lieu d'un avivement linéaire de 1 à 2 centimètres de large, il faut pratiquer un avivement d'une largeur de 4 à 5 centimètres, depuis le col de l'utérus jusqu'à la vulve, c'est-à-dire sur une longueur de 6 centimètres;

4° Les sutures métalliques seront remplacées par les sutures au catgut, qui n'irritent pas et n'ulcèrent pas les tissus, et qu'on n'a pas besoin d'enlever puisqu'elles se résorbent sur place;

5° Les précautions antiseptiques seront observées pendant et après l'opération.

---

### DANS L'HYDRAMNIOS FAUT-IL SONGER A L'EXISTENCE PROBABLE D'UN MONSTRE

PLUS PARTICULIÈREMENT A UN FŒTUS MONSTRUEUX PAR HYDROPIE DE LA CAVITÉ CÉRÉBRO-SPINALE ?

Par le D<sup>r</sup> PAUL BAR.

*Les Archives de Tocologie* ont reproduit dans le numéro du mois de mars 1882 une note du professeur Calderini sur la relation qui peut exister entre les monstruosité fœtales par hydropisie et l'hydramnios.

Depuis longtemps déjà, les auteurs ont remarqué que dans les cas d'hydramnios le fœtus était souvent malformé. Mais jusqu'à présent, on n'a rapporté aucune statistique suffisamment étendue pour qu'il fût possible de déterminer, par des chiffres, le rapport qui paraît exister entre ces deux termes : hydramnios et malformation du fœtus. Quand j'avais l'honneur d'être attaché comme interne au service de M. Tarnier, j'ai pu, grâce à la bienveillance de mon vénéré maître, relever tous les cas d'hydramnios qui avaient été observés à la Maternité depuis l'année 1825 jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1880.