

ALEXANDER), soit la fixation de l'utérus à la paroi du ventre (hystéropexie abdominale); mais ces deux interventions seules demeurent insuffisantes et ne peuvent être que des opérations complémentaires de la restauration périnéale. — Enfin, l'hystérectomie vaginale n'est indiquée que lorsque l'utérus est très volumineux, ou fibromateux, ou irréductible, chez une femme ayant atteint la ménopause: elle doit d'ailleurs être suivie d'une colpopérinéorrhaphie, sinon la cystocèle et la rectocèle se reproduisent.

ARTICLE III

INVERSION DE L'UTÉRUS

Définition et anatomie pathologique. — L'inversion de l'utérus, c'est, comme l'avait dit GUILLEMAU, le retournement de l'utérus. Il s'agit, en effet, d'une invagination de l'organe: d'abord le

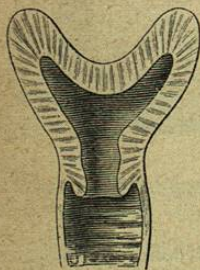


Fig. 265.
Inversion utérine (1^{er} degré).

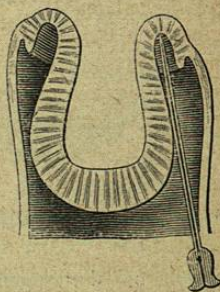


Fig. 266.
Inversion utérine (2^e degré).

fond se déprime, tout en restant dans la cavité utérine (premier degré); puis, il sort par l'orifice externe du col et s'engage dans le vagin (deuxième degré); enfin, dans un troisième degré l'utérus est complètement retourné comme un doigt de gant: sa face muqueuse est au dehors et se continue avec la face

muqueuse du vagin, et dans la dépression infundibuliforme que constitue sa face séreuse, les trompes, les ovaires, quelquefois des anses intestinales peuvent s'engager.

Étiologie. — Pour que l'inversion puisse se produire, il faut ces deux conditions: 1^o l'élargissement de la cavité utérine; 2^o le ramollissement partiel des parois de l'organe.

Ces deux conditions se trouvent réalisées: 1^o après l'accouchement; 2^o dans le cas d'une tumeur distendant la cavité utérine. — Après l'accouchement, c'est ordinairement la délivrance qui est la cause occasionnelle de cet accident: l'inertie utérine totale ou limitée à la zone placentaire le favorise. Si des tractions sont alors prématurément exercées sur le cordon, si ce dernier résiste et que le placenta ne se décolle point, le fond se déprime « en cul-de-fiole », comme disait MAURICEAU: l'inversion se constitue et les contractions de la partie non inversée tendent à expulser, comme un corps étranger, le segment déjà déplacé, ce qui complète l'invagination. Deuxième éventualité: soit un fibro-myome intra-utérin, occupant le fond de l'organe. Les contractions expulsives tendent à chasser cette tumeur qui entraîne, avec son insertion, le fond utérin invaginé.

Symptômes. — L'inversion puerpérale s'accompagne souvent d'une hémorragie abondante, qui peut devenir mortelle: le fond de l'utérus apparaît dans le vagin ou à la vulve avec le placenta. — La réduction dans les premiers jours est facile: si elle n'est pas effectuée, il peut arriver que la portion inversée se gangrène; ou bien l'inversion non réduite passe à l'état chronique, et c'est cette forme qui intéresse le chirurgien. On trouve dans le vagin ou à la vulve une tumeur arrondie, dure, d'une surface rouge et villeuse; au niveau du col, elle se rétrécit et est comme

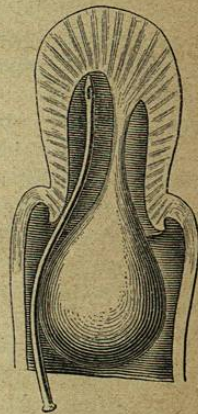


Fig. 267.
Polype fibreux accouché par le col: diagnostic différentiel avec le cas figuré par la figure 233.

étranglée par ce qui reste du bourrelet cervical ; entre ce bourrelet et la tumeur, on sent un sillon ou l'hystéromètre s'enfonce plus ou moins selon le degré de l'inversion.

Une erreur est alors fréquente : on peut confondre cette *inversion chronique avec un polype fibreux accouché par le col*. Dans les deux cas, c'est la même sensation d'une tumeur cerclée par un bourrelet cervical ; cette erreur n'est point possible, au contraire, quand l'inversion est complète et que le bourrelet cervical a disparu. Le diagnostic se fonde : 1° sur la sensibilité propre de la muqueuse utérine, signalée dans l'inversion par TILLAUX et GOSSELIN, signe d'ailleurs inconstant ; 2° sur l'absence du fond de l'utérus dans l'abdomen, le toucher rectal combiné au cathétérisme vésical montrant que le doigt et la sonde se rencontrent sans interposition ; 3° sur l'impossibilité d'enfoncer un hystéromètre dans le sillon situé entre le col et la tumeur (fig. 266), l'instrument étant partout arrêté à la même profondeur.

Traitement. — Dans les inversions récentes, d'origine obstétricale, la réduction est d'autant plus facile qu'elle est plus hâtive ; elle se fait avec la main introduite dans le vagin et refoulant le fond utérin. — Dans l'inversion chronique, on peut, ou bien se borner à l'amputation de la partie inversée, ou bien, ce qui tend à devenir l'intervention de choix, procéder à l'hystérectomie vaginale.

ARTICLE IV DES MÉTRITES

Définition et étiologie. — La *métrite*, inflammation de l'utérus, est la conséquence d'une infection de l'organe. Or, tandis que la vulve et le vagin donnent normalement asile à des bactéries (saprophytes ou microbes pathogènes), la cavité utérine reste stérile jusqu'à la puberté, et le demeure souvent après l'instauration menstruelle. Il faut donc, en règle presque générale, que l'infection lui vienne du dehors.

Deux facteurs sont l'origine de presque toutes les infections génitales : 1° la blennorrhagie ; 2° l'infection puerpérale. Gonocoque et streptocoque : voilà donc les deux agents ordinaires de la métrite.

La présence du microbe pathogène ne suffit point : il faut des facteurs secondaires qui, préparant le terrain, favorisent l'infection et entretiennent sa chronicité.

Le gonocoque a pour siège d'élection les points revêtus d'épithélium cylindrique : tandis qu'il pousse mal sur l'épithélium pavimenteux du vagin, il se localise avec prédilection sur les muqueuses, à épithélium cylindrique, de l'urèthre, du col, du corps utérin, des trompes. — De l'urèthre, qui est son siège initial prédominant, le gonocoque gagne le col : longtemps, l'infection blennorrhagique peut rester localisée à la cavité cervicale. Pour que le gonocoque dépassant l'orifice interne, gagne le corps utérin, il suffit souvent que l'infection reste chronique, mal traitée, s'étendant de proche en proche sur la muqueuse. Mais, parfois, des causes occasionnelles interviennent qui donnent à cette affection chronique une brusque poussée d'acuité. Toutes les conditions capables de créer un état congestif dans l'organe peuvent intervenir : congestion périodique de la menstruation ; traumatisme résultant d'un excès de coït ; étroitesse de l'orifice externe du col favorisant la stagnation et la rétention des produits ; accouchement ou avortement supprimant la barrière qui existe au niveau de l'orifice interne et ouvrant des voies d'absorption.

Après un avortement ou un accouchement, la surface d'insertion placentaire est une plaie exposée à l'infection microbienne. Le microbe pathogène de cette infection *post partum* ou *post abortum* est ordinairement le streptocoque, parfois associé au staphylocoque ou au colibacille. En règle presque générale, il est introduit par *hétéro-infection* (la main septique d'une sage-femme, une canule souillée) ; dans les cas plus rares, il agit d'une *auto-infection* due à la présence du microbe pathogène dans les voies génitales inférieures. Certaines conditions favorisent l'infection puerpérale : en premier lieu, la rétention de débris placentaires, surtout fréquente après les

avortements où des fragments de membranes, se greffant sur la muqueuse utérine, représentent autant de points d'inoculation persistante et fournissent aux germes un terrain de culture; en second lieu, cet état d'hyperplasie et de congestion qui suit l'accouchement ou l'avortement et qui ne se dissipe que quand l'*involution utérine* s'accomplit régulièrement, ramenant l'organe à son volume normal et diminuant progressivement la plaie utéro-placentaire.

Dans la production et la prolongation de la métrite puerpérale, EMMET a attribué un rôle exagéré à une petite lésion : la *déchirure du col*. Il est établi que cette lacération cervicale favorise l'ectropion de la muqueuse, qu'elle ouvre par conséquent la cavité utérine à l'invasion des germes pathogènes et qu'elle peut intervenir tardivement dans l'apparition de névroses réflexes, grâce à la pression exercée dans l'angle de la déchirure par le tissu dense de la cicatrice, « la cheville cicatricielle » d'Emmet, *cicatricial plug*.

Un caractère remarquable de l'infection utérine c'est sa chronicité. La surface utérine représente, en effet, le type des plaies cavitaires : la stagnation et la rétention des produits putrides résultent de l'étroitesse du canal cervical; de nombreuses cavités glandulaires criblent sa muqueuse, formant autant de diverticules où l'infection s'éternise.

Anatomie pathologique. — La métrite est d'abord et surtout une endométrite : c'est-à-dire que la muqueuse de l'utérus est le siège initial de l'infection, qu'elle reste le foyer prépondérant des lésions; la couche musculo-conjonctive ne s'altère que consécutivement, ce qui devient la *métrite parenchymateuse*. — Selon la remarque de TRÉLAT, chez les femmes jeunes, on rencontre toujours de l'endométrite pure; au contraire, la métrite des multipares qui ont atteint un certain âge se complique ordinairement d'inflammation parenchymateuse, avec utérus gros et lourd, col volumineux et ouvert. Sur cette particularité anatomique de la localisation prépondérante des lésions inflammatoires sur la muqueuse, un fait thérapeutique important est fondé : à savoir le traitement et la guérison possible d'une métrite par le curetage, emportant la muqueuse.

A l'œil nu, la muqueuse est épaissie. « Elle est inégale à sa surface, nous dit CORNIL; elle est boursoufflée, molle, pulpeuse, semblable à la gelée de groseille; sa coloration est quelquefois plus foncée et l'on a alors l'apparence d'une couche de sang transformée en caillots noirâtres, mous, cruoriques. » — La muqueuse, qui n'a pas plus d'un millimètre à l'état normal, atteint une épaisseur de 2, 3, 4, 5 millimètres, quelquefois même de 1 centimètre. — Dans certains cas, sa surface granule et se recouvre de végétations, de fongosités : d'où les noms de métrites *fongueuse*, *granuleuse*, *végétante*. Cette couche molle, formée par la muqueuse, se laisse enlever et séparer de la surface utérine sous-jacente, sous la pression du scalpel; de là, la technique du curetage, la curette emportant la muqueuse ramollie, tandis que le tissu musculaire de l'organe résiste à l'instrument.

Dans la muqueuse, trois éléments anatomiques se rencontrent : 1° les glandes; 2° le tissu interstitiel ou stroma; 3° les vaisseaux. — Selon que les lésions prédominent sur l'un de ces trois éléments, on distingue : 1° une endométrite *glandulaire*; 2° une endométrite *interstitielle*; 3° une endométrite *hémorragique*, caractérisée par la dilatation des vaisseaux, la néoformation de capillaires à parois embryonnaires et parfois la transformation caverneuse de la muqueuse utérine.

Mais, ordinairement, l'endométrite est mixte : les lésions des glandes, du tissu conjonctif et des vaisseaux se combinent en proportion variable dans les différentes formes cliniques de l'endométrite.

1° LÉSIONS DES GLANDES. — Les glandes sont augmentées de volume (hypertrophie) et augmentées en nombre (hyperplasie). Dans les culs-de-sac dilatés, le mucus sécrété en abondance, se concrète parfois sous forme de moules cylindriques. Sous le nom d'*endométrite fongueuse* de Récamier et d'Olshausen, on décrit une forme mixte, où prédominent les lésions glandulaires : c'est dans cette forme que la muqueuse atteint ses plus grandes épaisseurs. Dans certaines formes de métrites, la prolifération glandulaire est si abondante et les acini sont si bien accolés, qu'on a décrit ces types sous le nom d'adénomes bénins.

2° LÉSIONS DU STROMA. — Les petites cellules et les noyaux ovoïdes qui composent le tissu conjonctif de la muqueuse se gonflent, se multiplient, parfois tassés en assez grand nombre pour donner aux coupes une ressemblance avec le sarcome. Dans les formes invétérées de l'endométrite interstitielle, les cellules rondes qui gorgent le tissu interglandulaire font place à des cellules fusiformes; le tissu conjonctif devient fibreux: les glandes en subissent le contre-coup; tantôt étranglées, elles se transforment en kystes; tantôt comprimées totalement elles s'atrophient, ce qui s'observe surtout dans l'endométrite scléreuse des vieilles femmes.

3° LÉSIONS DES VAISSEAUX. — Les dilatations capillaires se rencontrent dans toute endométrite, aussi bien dans la glandulaire que dans l'interstitielle. — Il arrive parfois que, cette dilatation vasculaire se produisant surtout dans les parties moyennes ou profondes de la muqueuse, il se fait à ce niveau des ruptures vasculaires qui elivent et décollent, sous forme de lambeaux, la muqueuse détachée: ainsi s'éliminent, à chaque période menstruelle, ces larges membranes, épaisses de 1 à 4 millimètres, qui caractérisent la *métrite exfoliatrice* ou *dysménorrhée membraneuse* et qui représentent une partie de la muqueuse utérine. — Certains cas se caractérisent par une abondante prolifération vasculaire: des capillaires néoformés occupent toute l'épaisseur de la muqueuse, au point de lui donner la texture du tissu spongieux de l'urèthre, et ces néoformations vasculaires peuvent s'étendre au tissu utérin lui-même. A ces formes anatomiques correspond le type clinique de l'endométrite hémorragique. — Il est des métrites chroniques où les hémorragies reconnaissent pour cause, non pas une altération des vaisseaux, mais des lésions du muscle utérin lui-même, dont les fibres sclérosées, dissociées par des trayées de tissu conjonctif, perdent leur contractilité et deviennent impuissantes à arrêter l'écoulement sanguin, après les périodes menstruelles. C'est là la théorie de THEILHABER, que les recherches de von LORENZ ont confirmée et dont nous avons vérifié l'exactitude sur des utérus, volumineux, hystérectomisés pour métrite hémorragique n'ayant pas cédé au curettage. On est surpris, en pareil cas, de

trouver la muqueuse peu atteinte ou n'offrant que des lésions hors de proportion avec l'abondance et la ténacité des hémorragies; en revanche, les coupes histologiques montrent une sclérose très marquée du muscle utérin. Les métrorragies sont alors fonction de lésions du myomètre et non de l'endomètre. — Dans d'autres cas, les hémorragies se rattachent à une véritable *fibromatose interstitielle* de l'organe ou à la présence de *petits fibromes* inclus dans son parenchyme.

La métrite du col, en raison de la structure de ce segment utérin, se caractérise par quelques particularités: 1° les lésions coexistantes du parenchyme utérin, si bien qu'une métrite parenchymateuse avec cols d'abord mous et gros, puis fibreux et durs, succède à toute inflammation cervicale de quelque durée; 2° la formation de kystes (œufs de Naboth) aux dépens des glandes obstruées et dilatées, kystes qui contiennent un liquide filant, clair, et qui donnent lieu, lorsqu'ils sont très nombreux, à la dégénérescence kystique du col; 3° la fréquence de lésions érosives au niveau du museau de tanche (ulcérations du col, érosions du col).

L'importance de ces ulcérations a été exagérée par les anciens gynécologues: LISFRANC les regardait comme une véritable maladie; GOSSELIN, le premier, démontra qu'elles n'étaient qu'un symptôme du catarrhe utérin. — Ces érosions, plaques grenues, rouge vif, à contour circulaire, ne sont point des ulcérations véritables: en réalité, leur surface est recouverte d'un épithélium et, fait capital établi par RUGE et VEIT, cet épithélium est un épithélium cylindrique. Une question se pose donc: comment la portion vaginale du col, normalement revêtue d'épithélium pavimenteux, peut-elle présenter des érosions à revêtement cylindrique?

Trois théories sont fournies. La première explique cette lésion par une hernie de la muqueuse endocervicale qui, se renversant au dehors de la cavité du col descend au delà de l'orifice et sur la surface externe du museau de tanche: selon le mot de ROSER, c'est un véritable *ectropion* comparable à celui de la conjonctive enflammée, ectropion favorisé par la déchirure du col. — Pour RUGE et VEIT, les couches superficielles de l'épithé-

lium pavimenteux du museau de tanche tombent : restent les cellules de la couche profonde qui prennent l'aspect de cellules cylindriques irrégulières. — Troisième théorie : c'est celle de FISCHER. Chez les nouveau-nés et les enfants, l'épithélium cylindrique se prolonge au delà de l'orifice externe, sur la portion vaginale du col, ce qui constitue l'*ectropion histologique*. Plus tard, cette portion se recouvre d'épithélium pavimenteux ; mais la transition entre les deux revêtements est une zone variable selon les individus : ce qui explique, d'une part, que l'épithélium cylindrique soit mis à nu par la chute des couches superficielles et, d'autre part, que certaines femmes soient particulièrement prédisposées aux érosions (*Fischelsche Erosion*, des Allemands).

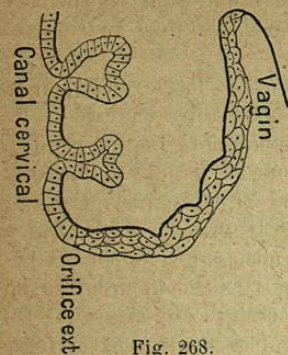


Fig. 268.
Schéma montrant les deux épithéliums de revêtement du col.

Symptomatologie. — 1° TROUBLES FONCTIONNELS. — Écoulement leucorrhéique ; troubles menstruels et phénomènes douloureux ; *glaires, sang* et *douleurs* : voilà les trois signes fonctionnels qui priment habituellement le tableau.

I. *Pertes blanches.* — Il ne faut point confondre la leucorrhée vaginale, liquide blanc laiteux et fluide, parfois jaune verdâtre, avec l'écoulement qui vient de l'utérus. La leucorrhée du corps de l'utérus est blanc jaunâtre, peu visqueuse, abondante ; celle du col est gélatiniforme, filante, formant glaire tenace. — Les pertes blanches sont rarement continues ; dans quelques métrites du corps, avec dilatation de la cavité utérine, elles s'évacuent par brusques gorgées hydorrhéiques.

II. *Pertes rouges.* — Dans les métrites, l'aménorrhée est rare ; la dysménorrhée est fréquente, surtout dans les formes exfoliatives qui s'accompagnent de l'élimination menstruelle de lambeaux membraneux de la muqueuse ; les *métrorragies*, excep-

tionnelles dans la métrite gonococcique cervicale, deviennent un symptôme dominant et caractéristique dans les métrites post abortives des jeunes femmes et dans certaines métrites des femmes à la ménopause.

III. *Douleurs.* — Les *douleurs* peuvent être locales ou irradiées. Lorsque, chez une femme atteinte de métrite, on explore les mouvements de l'utérus, on provoque une sensation pénible, sinon douloureuse. — Quant aux douleurs irradiées, elles ont trois sièges principaux : 1° le coccyx et la région ano-coccygienne (coccygodynie de SIMPSON et SCANZONI) ; 2° la région lombaire, où les souffrances sont parfois assez vives pour empêcher tout travail ; 3° les plis de l'aîne, surtout douloureux quand l'inflammation s'est propagée aux trompes et aux ovaires. — Du côté de la vessie, on observe des troubles douloureux et fonctionnels, douleur à la fin de la miction et mictions plus fréquentes. Souvent, les femmes souffrent en allant à la garde-robe : de là une constipation habituelle.

2° SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Sous le nom de *syndrome utérin*, on désigne un ensemble de troubles généraux, communs à toutes les maladies des organes génitaux internes, mais surtout accentués dans la métrite. Il n'est pas d'organe qui ne puisse être le siège de ces troubles fonctionnels issus de la sphère utérine. — L'estomac est surtout atteint : la *dyspepsie utérine* est ordinairement une paresse de digestion, une atonie de l'organe avec dilatation, gastralgie, nausées et parfois vomissements. — L'intestin, chez les femmes métritiques, est aussi frappé d'atonie : de là, un *météorisme* souvent très accentué, une *constipation opiniâtre* et l'*entérite muco-membraneuse*, très fréquente. — En dehors de toute affection thoracique, on trouve souvent chez ces malades une *toux sèche*, quinteuse, étouffée. A signaler encore : les *palpitations* ; les *névralgies*, surtout l'intercostale ; les *troubles hystérisiformes*. Ces désordres nerveux réflexes trouvent leur plus forte expression dans une *neurasthénie* qui souvent survit à la guérison totale de la métrite.

3° SIGNES PHYSIQUES. — Le toucher renseigne : 1° sur l'*augmentation de volume* de l'utérus, que l'on trouve augmenté

dans la métrite parenchymateuse; 2° sur la *mobilité* de l'organe qui reste conservée si aucune complication périmétritique n'est survenue; 3° sur sa *sensibilité* qui est accrue; 4° sur la *forme du col*, que l'on trouve entr'ouvert, avec éversion des bords, chez les femmes qui ont eu des enfants, et dont on apprécie la déformation des lèvres parfois bosselées de saillies kystiques.

Au spéculum, on constate : 1° les *altérations de volume et de forme* du col; 2° les *sécrétions* qui en font issue. — Chez une femme jeune, nullipare, dont les règles sont douloureuses depuis leur instauration, on trouve un col de volume petit ou médiocre, parfois conique et atteint d'allongement hypertrophique, dont l'orifice, régulier et à peine ouvert, laisse écouler une glaire qui devient plus nette si l'on projette un jet de l'irrigateur sur le museau de tanche : c'est le type de l'endométrite cervicale gonococcique, de la *cervicite*. — Au contraire, chez une femme plus âgée, multipare, le col est volumineux : son orifice est dilaté; les bords, éversés, sont rouges, parfois criblés de petits kystes folliculaires. — Il ne faut pas confondre cet ectropion de la muqueuse endocervicale avec l'érosion : l'érosion s'observe sur la face externe du museau de tanche sous la forme de plaques grenues, rouge vif.

Diagnostic. — Une malade vous consulte pour des pertes blanches, des troubles menstruels et des douleurs; il n'y a pas de tumeur volumineuse; vous examinez la position de l'utérus, son aspect, son volume, les sécrétions, la fonction menstruelle. Comme le disait TRÉLAT, les jeunes gens s'imaginent que le spéculum est la clef de ce diagnostic; c'est une erreur. Le toucher, le palper combiné, l'hystéromètre donnent plus de renseignements. Les grosses erreurs sont rares ici; cependant, il en est une grave : c'est celle qui consiste à confondre une métrite avec un cancer. Pour les carcinomes de la face externe du col, cette confusion n'est faisable que dans les cas compliqués d'érosion bourgeonnante; mais elle est très possible dans le cancer du canal cervical et très fréquente dans le cancer du corps. Dans ces cas, ne point hésiter : dilater l'utérus enlever à la curette un fragment de muqueuse et l'examiner

histologiquement. Une autre erreur à éviter, avant tout curettage, c'est l'éventualité d'une grossesse; dans le doute, attendre et s'assurer de la réalité des règles.

Marche et pronostic. — Les métrites comportent un pronostic sérieux; ce sont des affections essentiellement chroniques qui tendent à s'aggraver fatalement, qui se compliquent d'accidents inflammatoires propagés; de l'utérus, l'infection est exposée à gagner les trompes, le péritoine, le tissu cellulaire pelvien.

Traitement. — Le repos de l'organe est utile. Il faut combattre la constipation. Les injections très chaudes, à 45 ou 50°, abondantes (3 à 8 litres), en position dorso-lombaire, sont l'antiphlogistique par excellence. Après ces injections, placez au fond du vagin un tampon d'ouate imbibée de glycérine iodoformée ou ichthyolée à 1/20 : la glycérine hygroscopique, détermine une osmose active qui équivaut à une saignée blanche.

L'utérus n'échappe point à la loi commune : la rétention y est un facteur capital de l'infection. Aussi la dilatation de l'organe est-elle le meilleur auxiliaire de l'antisepsie cavitaire. Grâce à l'introduction d'une tige de laminaire, développez la cavité utérine; vous pouvez ainsi, tous les deux ou trois jours, toucher la muqueuse avec des tampons d'ouate imbibés soit de glycérine créosotée, soit de liquide de BATTEY, soit de chlorure de zinc au 1/10. Ces attouchements, répétés tous les deux ou trois jours, seront suivis d'un tamponnement intra-utérin avec une lanière de gaze enduite de glycérine iodoformée.

Il y a cinquante ans que RÉCAMIER a inventé sa curette et ce n'est que dans l'ère antiseptique que le curettage est entré dans la pratique courante. Le curettage est surtout efficace dans l'endométrite hémorragique; au contraire, l'endométrite glaireuse du col est particulièrement tenace et bénéficie davantage des pansements utérins.

L'opération doit être faite quatre ou cinq jours après les règles; elle est précédée de l'antisepsie soignée du vagin. Elle comprend les temps suivants : 1° la *dilatation* est faite soit par les tiges de laminaire, soit d'une façon extemporanée par

les bougies d'HÉGAR ou le dilateur de SIREDEY; 2° le col étant fixé par une pince-érigne, la curette, du modèle de RÉCAMIER ou de VOLKMANN, est introduite au fond de l'utérus et racle la muqueuse sur tous les points de la paroi, jusqu'à ce que l'on perçoive sous la main et sous l'oreille la résistance spéciale du



Fig. 269.

Opération de Schröder : excision du lambeau cervical (RICARD et LAUNAY).

muscle utérin; 3° la cavité utérine curettée est lavée avec une sonde à double courant (de préférence le dilateur-laveur de REVERDIN) pour enlever tous les débris; 4° on écouvillonne la cavité utérine avec un tampon garni de glycérine créosotée ou de liquide de BATTEY; 5° on tamponne la cavité avec une lanière de gaze iodoformée.

La thérapeutique des lésions du col est de la plus haute im-

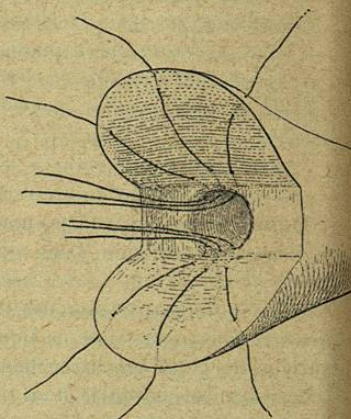


Fig. 270.

Opération de Schröder : sutures (RICARD et LAUNAY).

portance. Quand l'endométrite se complique d'une lacération unilatérale, à lèvres éversées et rouges, il faut pratiquer la trachelorrhaphie d'EMMET. — L'opération de SCHRÖDER (fig. 269 et 270), qui consiste en une excision conique de chaque lèvre suivie de la réunion de la muqueuse intra-cervicale à la muqueuse externe du col, est indiquée quand les lèvres cervicales sont éversées, atteintes d'ectropion muqueux et de dégénérescence kystique des glandes. — Enfin, l'amputation biconique du col, selon la technique de SIMON, convient à certaines métrites chroniques, douloureuses, à gros col, à corps volumineux, à cavité spacieuse : l'involution du corps suit cette action opératoire sur le col.

ARTICLE V

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Définition. — Sous les noms de *tumeurs fibreuses*, *corps fibreux* (CRUVEILHIER), *hystéromes* (BROCA), on désigne des tumeurs, *histologiquement bénignes*, dont la structure, identique à celle de l'utérus, se compose également de fibres musculaires lisses et de fibres de tissu conjonctif. — On a appelé *myomes* les variétés où le tissu musculaire paraît prédominer, *fibromes* celles formées surtout de tissu conjonctif : en général, les tumeurs fibreuses sont des *fibromyomes*, composés par parties variables, des deux tissus.

A côté de ces fibromyomes vrais, il faut faire une place, plus considérable qu'on ne l'a admis jusqu'à présent, à des tumeurs, pleines ou partiellement kystiques, qui occupent la paroi de l'utérus et qui se caractérisent par la présence d'éléments épithéliaux au sein de leur masse : le mémoire très important de VON RECKLINGHAUSEN, paru en 1896, a établi l'existence de ces tumeurs qu'il a désignées sous les noms d'*adénomyomes* ou *adéno-cystomes*, et qu'il a rattachées, comme origine, aux débris du corps de Wolff.