

coup de difficulté qu'il put parvenir jusqu'à l'endroit où sa racine était implantée. Boudou se mit en devoir de porter une ligature sur le pédicule de la tumeur, mais n'ayant pu y réussir, quoiqu'il eût fait prendre à la malade la position la plus avantageuse, il se détermina, afin d'éviter l'hémorrhagie qu'il craignait, à tordre doucement, avec beaucoup de ménagement et toujours dans le même sens, le pédicule du polype, ce qu'il exécuta alternativement avec les doigts indicateur et du milieu de chaque main introduits dans le vagin. Par ce procédé, la tumeur, dont le pédicule était heureusement fort grêle, se sépara sans qu'il survint d'hémorrhagie. Cependant Boudou prit la précaution de faire saigner deux fois le même jour la malade. Il ajoute qu'il n'y eut aucun écoulement par le vagin, ce qui le dispensa de faire des injections. La tumeur était du volume d'une balle de paume et presque aussi dure, mais livide; elle pesait trois onces; on observait dans un endroit de sa circonférence une éminence frangée qu'on reconnut pour le pédicule, qui pouvait avoir un pouce de long sur cinq ou six lignes de diamètre.

Malgré le succès obtenu par Boudou, on ne peut se dissimuler que la méthode d'extirper les polypes utérins par la torsion de leur pédicule n'ait de grands inconvénients, à cause des risques que l'on courrait de tordre en même temps la partie de la matrice où la tumeur a son attache. Aussi cette méthode a-t-elle été généralement désapprouvée. Au reste, on conçoit que si elle pouvait devenir praticable avec moins de danger, en quelques circonstances, ce serait tout au plus dans le cas où il serait possible de s'assurer par le toucher que le pédicule de la tumeur est fort mince, allongé et seulement attaché aux parois du vagin, ou extérieurement au bord de l'orifice utérin; encore serait-il prudent, en pareille occurrence, de prendre la précaution qui est si sagement indiquée dans une thèse soutenue en 1753 au Collège de chirurgie, sous la présidence d'Hévin. Cette précaution consiste à saisir le pédicule du polype aussi haut qu'il est possible, avec une pince ou une tenette pour empêcher que la distorsion du pédicule, quoique faite avec ménagement, ne s'étende dans les parois de la matrice ou du vagin, au delà du point d'attache de la tumeur.

La ligature est le procédé le plus généralement employé pour la cure des polypes utérins. Elle peut être pratiquée dans deux circonstances différentes : 1° lorsque le polype est sorti par la vulve, ou qu'on peut le tirer en dehors avec les mains ou avec des tenettes; 2° lorsque la tumeur est encore renfermée en entier dans le vagin.

Avant que Levret eût conçu et exécuté le projet de lier les polypes encore cachés profondément dans le vagin, on n'appliquait la ligature qu'au traitement de ceux qui étaient sortis en totalité ou du moins en grande partie hors de ce conduit. Mais comme cette sortie n'a lieu le plus souvent que lorsque le polype a fait beaucoup de progrès, il arrivait ordinairement qu'en attendant cette circonstance favorable, les malades couraient le plus grand risque de l'hémorrhagie et des autres inconvénients que ces sortes de tumeurs occasionnent.

La ligature des polypes utérins sortis par la vulve peut être faite de deux manières. Dans l'une, on embrasse le pédicule avec un lien formé de la réunion de plusieurs brins de fil cirés; dans l'autre, on passe au travers du pédicule, au moyen d'une aiguille, deux liens qui peuvent être aisément séparés pour étreindre ce pédicule des deux côtés, comme on le faisait autrefois pour la ligature de l'épiploon. La première méthode doit être employée lorsque le pédicule est grêle ou d'une grosseur médiocre, mollet ou peu solide; la seconde convient mieux lorsqu'il est fort gros et très-dur. Mais de quelque manière que l'on place la ligature, on doit la serrer assez fortement pour étrangler le pédicule et y déterminer une ulcération circulaire dont la profondeur augmente successivement jusqu'à ce qu'il soit entièrement coupé et que le polype se détache.

La ligature doit être placée le plus près possible de la racine du pédicule. Mais comme les polypes qui naissent de la cavité du corps de la matrice, en descendant dans le vagin et en sortant par la vulve, entraînent avec eux le fond de cet organe, et le renversent de manière que la partie renversée forme le pédicule de la tumeur qui pend entre les cuisses de la malade, on doit prendre garde en faisant la ligature de cette tumeur de placer le cordonnet sur la matrice, au lieu d'entourer le véritable pédicule du polype ou la ligne de démarcation tracée entre ce pédicule et l'utérus par la nuance de couleur et la différence de structure, de consistance et de sensibilité dont nous avons parlé précédemment. Cette précaution est d'autant plus importante qu'en pareil cas la ligature de la matrice a presque toujours donné lieu à des accidents mortels.

Tous les chirurgiens qui ont lié des polypes utérins sortis par la vulve ne se sont pas conduits de la même manière, après avoir suffisamment serré la ligature. Les uns n'ont pas balancé à amputer sur-le-champ les tumeurs ainsi liées; les autres ont apporté un délai plus ou

moins long avant d'en faire l'amputation ; quelques-uns même , après s'être contentés de serrer et d'étrangler le pédicule , ont laissé séparer et tomber d'elles-mêmes les tumeurs polypeuses. Établissons des règles pour ces divers modes d'opération. Lorsque le pédicule est peu volumineux et d'une consistance médiocre , on doit le couper immédiatement après l'avoir étreint ; mais lorsque le pédicule a un volume et une consistance considérables , comme il pourrait arriver qu'une seule ligature ne suffit pas pour l'étrangler complètement , et que si on le coupait aussitôt après l'avoir lié , il serait possible qu'on ne pût pas placer un second lien , ni serrer davantage le premier , parce que le moignon du pédicule remonte fort haut dans le vagin dès qu'on a amputé la tumeur , il vaut mieux différer de quelques jours la section du pédicule que de la pratiquer sur-le-champ. Toutefois on ne doit la remettre qu'à un temps peu éloigné , afin de faire cesser le plus tôt possible les tiraillements douloureux et les autres accidents que la malade éprouve , de la délivrer de l'impression de la matière sanieuse et putride qui découle de la tumeur sur les parties voisines , et de l'odeur insupportable qu'elle exhale. Aussitôt que le polype est enlevé , le moignon du pédicule et la ligature qui l'embrasse remontent dans le vagin et même jusque dans la matrice , entraînés par le fond de cet organe , que le poids de la tumeur avait renversé , et qui se rétablit dans sa situation naturelle lorsqu'il cesse d'être tiré en bas. La ligature se sépare au bout d'un temps plus ou moins long , suivant la grosseur et la dureté du pédicule : on l'a vue tomber le deuxième ou le troisième jour ; quelquefois sa chute n'a eu lieu qu'après vingt jours et même plus. Le traitement , après la ligature et l'amputation de la tumeur , consiste à faire des injections dans le vagin avec un liquide émollient , détersif ou antiseptique , selon l'exigence du cas , à prescrire des médicaments internes et un régime appropriés à l'état de la malade , dont les forces et la santé ne tardent pas à se rétablir.

Comme nous l'avons dit précédemment , Levret est le premier qui ait conçu et exécuté le projet de lier les polypes utérins encore cachés profondément dans le vagin et même dans la matrice. Les premiers instruments qu'il a imaginés pour parvenir à ce but , bien qu'il s'en soit servi plusieurs fois avec succès , ainsi que d'autres praticiens qui en ont fait usage , avaient des inconvénients qui l'ont porté à les abandonner et à en inventer un autre beaucoup plus simple , qui seul fait l'office des deux premiers , appelés porte-nœud et serre-nœud.

Cet instrument , qu'il a rendu public en 1757 , se compose de deux tuyaux d'argent soudés parallèlement ensemble dans toute leur étendue , et qui ont chacun huit pouces de long , sur deux lignes environ de diamètre ; l'extrémité supérieure de chaque tuyau est terminée en larme , et l'extrémité inférieure porte à sa partie externe un petit anneau qui y est soudé. Le lien dont on garnit cet instrument est un fil d'argent de coupelle bien recuit , d'un quart de ligne de diamètre et d'environ trois pieds de long.

Lorsqu'on veut se servir de cet instrument , on introduit le fil d'argent par l'extrémité supérieure de l'un des deux tuyaux , et , après l'avoir fait sortir par l'extrémité inférieure , on arrête le bout à l'anneau qui y répond , en l'y entortillant deux ou trois fois ; on enfle ensuite le second tuyau avec l'autre chef du fil d'argent , qu'on y fait glisser jusqu'à ce qu'il n'en reste qu'une anse de la circonférence d'un écu , ou à peu près ; mais ce chef ne doit point être arrêté au second anneau , comme le premier : il faut , au contraire , qu'il pende librement au bout du tuyau dans lequel il est enfilé. Tout étant ainsi disposé , voici comment on pratique l'opération.

La malade se place en travers sur le bord de son lit , les jambes écartées et les pieds soutenus sur deux chaises : il faut d'abord présenter à la vulve l'anse seule de la ligature , en la dirigeant dans le sens de cette fente , pour l'introduire , par une des parties latérales du vagin , entre les parois de ce canal et la tumeur ; ensuite on saisit le chef libre de la ligature avec le pouce et le doigt indicateur de la main opposée à celle qui tient l'instrument ; on le pousse peu à peu dans le vagin , en le faisant glisser en haut , à côté de la tumeur , jusqu'à ce que l'on sente une légère résistance , qui annonce que l'anse est arrivée au fond du vagin. Alors , on introduit un doigt dans ce conduit , du côté par lequel on a enfoncé les deux chefs du fil d'argent , pour reconnaître s'ils sont assez écartés l'un de l'autre ; on fait tirer un peu le bout libre du fil , en même temps qu'on fait passer la tumeur dans l'anse agrandie de la ligature , en introduisant les tuyaux dans le vagin , et en les transportant du côté opposé , jusqu'à ce qu'on sente une nouvelle résistance. Lorsqu'on en est venu là , on porte de nouveau un doigt dans le vagin , pour reconnaître si l'anse de la ligature est montée le plus haut possible , et si elle y est , le pédicule de la tumeur se trouvant ainsi embrassé par le fil d'argent , on retient l'instrument en place et on tire à soi l'extrémité libre du

fil, jusqu'à ce qu'il n'en puisse plus sortir. On arrête ce fil à l'anneau qui était resté libre, et par le moyen de la torsion, on serre et on étrangle le pédicule du polype; on incline ensuite la partie inférieure de l'instrument vers l'une des cuisses de la malade, et pour éviter qu'il ne glisse ou qu'il ne s'accroche, on l'y assujettit avec une bandelette qui, après avoir été enfilée à travers les deux anneaux de l'instrument, et affermie par un nœud, va entourer la cuisse, s'arrêter à une autre bande qui ceint le corps de la malade; on a enfin la précaution de placer une compresse entre l'instrument et la cuisse, pour éviter que celle-ci ne soit blessée. Il ne s'agit plus que de réitérer soir et matin la torsion du fil d'argent, autant que l'exigent le volume et la dureté du pédicule de la tumeur.

Levret, ayant reconnu par expérience que la ligature des polypes volumineux était presque impossible avec l'instrument dont il vient d'être parlé, et que d'ailleurs, quand le pédicule est en même temps gros et solide, le fil d'argent le mieux conditionné, à force de le tordre, est sujet à se casser, ce qui rend l'opération inutile et oblige de placer une seconde ligature, a fait des corrections à son instrument, ou plutôt il en a imaginé un autre. Celui-ci est composé de deux tuyaux d'argent, qui n'ont de commun avec ceux de l'instrument précédent que d'être de semblable calibre, terminés supérieurement en lame percée, et inférieurement en rebords émoussés. Ces tuyaux, joints comme la plupart des pinces ou des tenettes, ont comme elles des anneaux à leurs extrémités inférieures. La portion de chaque tuyau comprise entre l'endroit de leur jonction et l'extrémité garnie d'un anneau est droite et longue de deux pouces et quelques lignes; l'autre portion, dont la longueur varie depuis trois pouces jusqu'à cinq, selon la grosseur du polype et la profondeur à laquelle la ligature doit être portée, présente une courbure proportionnée à sa longueur; mais cette courbure n'a lieu qu'au voisinage de la jonction des deux tuyaux; le reste est presque droit, ou ne présente qu'une légère courbure en sens contraire de la première. Avec cet instrument, Levret ne se servait point de fil d'argent; il lui préférait un bout de bonne ficelle bien cirée, de quatre pieds de longueur, dont il faisait passer les chefs de haut en bas dans chaque tuyau. Voici la manière de se servir de cet instrument.

La malade étant située convenablement, le chirurgien prend l'instrument comme il prendrait des pinces fermées qu'il aurait dessein

d'ouvrir, les chefs de la ligature pendant librement; il l'introduit avec précaution, soit par la partie postérieure du vagin, soit par l'un ou l'autre côté, jusqu'à ce qu'il soit parvenu au fond de ce canal. Arrivé là, il écarte suffisamment les branches de l'instrument pour faire passer entre elles le corps du polype, ce qui se fait aisément à l'aide des doigts de l'autre main introduits à l'entrée du vagin pour pousser le corps de la tumeur du côté de l'instrument, tandis qu'il transporte celui-ci tout ouvert du côté opposé; il baisse la main qui tient l'instrument, pendant qu'avec l'autre main il tire à lui les deux chefs de la ligature, et par ces deux mouvements conjoints, il ferme l'instrument et embrasse exactement le pédicule du polype. Cela exécuté, l'opérateur fait sur l'extrémité des deux tuyaux le nœud du chirurgien, avec les deux bouts pendans de la ligature; ensuite il attache ensemble les deux extrémités inférieures des deux tuyaux, au moyen d'une bandelette qu'il fait passer dans les anneaux dont ces extrémités sont garnies; puis il incline l'instrument vers l'une ou l'autre cuisse, contre laquelle il le fixe convenablement. Ce procédé est fort ingénieux, mais il ne peut guère servir que pour les polypes d'un petit volume. Si le polype est gros, il s'oppose au jeu de l'instrument, dont les deux tuyaux ne s'écartent pas assez pour laisser passer la tumeur entre eux; d'ailleurs on ne peut point porter une ligature dans l'intérieur de l'utérus avec cet instrument. Ajoutez à cela que la présence des deux tuyaux dans le vagin, pendant tout le temps nécessaire pour que le pédicule du polype soit divisé par la ligature, est fort incommode et peut donner lieu à des accidents.

Herbiniaux est, je crois, le premier qui ait imaginé de porter une ligature autour du pédicule des polypes utérins, en faisant parcourir à cette ligature la circonférence du pédicule, de manière à former un bracelet autour de ce pédicule. Les instruments qu'il a inventés pour arriver à ce but sont très-ingénieux, et il les a employés souvent avec succès; mais comme ces instruments, ainsi que tous ceux qui ont été imaginés dans la même vue, sont tombés dans l'oubli depuis que Desault a conçu et employé un procédé plus simple, nous n'en parlerons point.

Les instruments de Desault pour la ligature des polypes sont : 1° une canule d'argent longue d'environ sept pouces, d'une ligne et demie de diamètre, légèrement recourbée pour s'adapter à la convexité du polype; l'extrémité supérieure de cette canule est terminée

en lame ; et le bord de son ouverture est lisse et arrondi ; son extrémité inférieure est garnie de deux anneaux et pour la facilité de l'opérateur, et pour arrêter le fil à l'instant où l'on porte l'instrument dans le vagin : nous désignerons cet instrument sous le nom de *canule porte-nœud* ; 2° une canule d'argent, droite, longue de cinq à six pouces et renfermant une tige d'acier bifurquée supérieurement, et terminée par deux demi-anneaux, d'où résulte un anneau complet lorsque les branches sont rapprochées ; quand rien ne les contient, leur élasticité écarte ces branches ; on les réunit en faisant glisser sur elles la canule ; à l'autre extrémité de la tige, qui est aplatie, on voit une échancrure destinée à arrêter un des chefs de la ligature pendant une partie de l'opération : nous appellerons cet instrument *pince porte-nœud* ; 3° une tige d'argent d'environ six pouces de long et d'une ligne de diamètre ; une des extrémités de cette tige est arrondie, un peu aplatie, et cette partie aplatie est pliée à angle droit et percée d'un trou rond assez grand pour laisser passer les deux extrémités du fil ; l'autre bout de la tige est plat et présente une fente ou échancrure profonde dans laquelle sont reçus et arrêtés les deux chefs de la ligature : on nomme cet instrument *serre-nœud*, et il faut en avoir plusieurs de différentes longueurs.

Pour faire usage de ces instruments, on réunit d'abord les deux demi-anneaux de la tige d'acier, en poussant la canule sur les branches de cette tige : de là résulte un anneau complet dans lequel on passe un des chefs d'une ligature faite de plusieurs brins de fil cirés, peu tordue et longue de deux pieds, et on fixe l'extrémité de ce chef à l'échancrure de la tige ; on fait passer le second chef de la ligature, qu'on a soin de laisser beaucoup plus long que le précédent, dans la canule porte-nœud, et on l'arrête à un des anneaux qui se trouvent à son extrémité inférieure, après avoir rapproché les deux instruments l'un de l'autre.

Les choses étant ainsi préparées, on procède à l'opération de la manière suivante.

La malade étant convenablement placée et assujettie, comme dans les autres méthodes, on introduit les deux instruments porte-nœud, parallèlement l'un à l'autre, entre la tumeur et les parois du vagin, du côté où se trouve le moins de résistance, et on les fait glisser par de légers mouvements latéraux jusqu'à la partie supérieure du pédicule, quel que soit l'endroit qui lui donne insertion. On détache le chef de

la ligature fixé à l'anneau de la canule porte-nœud ; on prend de la main gauche la pince porte-nœud, qu'on tient immobile, tandis que saisissant de la droite la canule porte-nœud, et lui faisant parcourir la circonférence de la tumeur, on forme un bracelet autour du pédicule avec le chef de la ligature qu'on a détaché de l'anneau de la canule. Celle-ci étant ramenée vers la pince porte-nœud, le chirurgien change ces deux instruments de main, les croise de manière que le chef qu'entraîne après elle la canule porte-nœud passe au-dessus de celui que la pince porte-nœud retient. Ce premier chef, arrêté ainsi et par le second et par l'extrémité de la pince, ne peut descendre pendant qu'on retire la canule porte-nœud. Quand cette canule est ôtée, on dégage le chef de la ligature qui est fixé dans l'échancrure de la pince, et qui alors n'est plus retenu que par l'anneau de cette pince.

Le chirurgien choisit un serre-nœud d'une longueur proportionnée à la hauteur du polype ; il introduit dans l'ouverture de cet instrument les deux chefs de la ligature, et les tire en bas pendant qu'il pousse l'instrument jusqu'à la partie supérieure du polype où ces deux chefs se croisent. Ensuite il retire un peu en bas la canule de la pince porte-nœud, dont les branches s'écartent ; l'anneau en s'ouvrant laisse échapper le fil, et permet de retirer l'instrument devenu inutile. La pince porte-nœud étant dégagée, on pousse en haut le serre-nœud, en même temps qu'on tire à soi les deux chefs de la ligature ; et lorsque de cette manière l'anse est suffisamment serrée, on fixe les deux chefs à l'échancrure du serre-nœud, qui reste dans le vagin jusqu'à la chute de la tumeur.

Il est très-rare de rencontrer des polypes dont on ne puisse faire la ligature avec les instruments de Desault ; cependant il peut arriver que le polype soit si volumineux, qu'aucun instrument ne puisse pénétrer assez loin pour porter la ligature sur son pédicule. Dans un cas de cette espèce, Baudelocque avait proposé de renverser la matrice, et il regardait ce renversement comme nécessaire pour obtenir la guérison de la maladie.

« Une femme, dit Baudelocque (1), épuisée par dix années de souffrances, de pertes de sang, d'humeurs blanches et de diarrhées,

(1) *Recueil périod. de la Société de médecine de Paris*, t. IV, p. 137.

avait un polype si volumineux, qu'il remplissait toute la cavité du bassin et refoulait le fond de la matrice à la hauteur de l'ombilic. Depuis plusieurs mois il gênait le cours des urines, au point qu'on était obligé de le comprimer au moyen du doigt porté dans le vagin et derrière le pubis, et quelquefois de se servir de la sonde. Il était assez solide, et tout ce qui s'élevait dans le ventre au-dessus du bassin le paraissait encore davantage, ce qui fit croire à Louis, notre collègue, que c'était la matrice même engorgée et squirrheuse; tandis que le polype se bornait à ce qui était incarcéré dans le bassin.

« M'étant assuré, par l'introduction d'une sonde de gomme élastique à la profondeur de neuf à dix pouces, que le polype s'étendait plus loin, je proposai à ce célèbre chirurgien de l'extraire avec le forceps de Smellie, dont je m'étais muni, d'amener son pédicule à la vulve, afin de pouvoir y placer une ligature; mais il rejeta fort loin cette proposition avec la vivacité que chacun de nous lui connaissait, et je me décidai à placer cette ligature à la hauteur du détroit supérieur, dans une sorte de collet que présentait la tumeur: cette espèce de pédicule offrait neuf pouces un quart de circonférence. Je resserrai la ligature chaque jour; le onzième, une portion de la tumeur sphacelée parut au dehors; le douzième, toute la masse de la tumeur comprise au-dessous de la ligature sortit: je l'amputai; elle pesait plus de trois livres; le pédicule, de couleur blanche et tendineuse, était réduit à un pouce d'épaisseur. Le bassin se trouva rempli aussitôt par une tumeur plus volumineuse encore que la première, que je venais d'en détacher. Je proposai de la lier comme la précédente. Louis s'y opposa à cause de l'épuisement de la malade, qui mourut trois semaines après. A l'ouverture du cadavre, on trouva la matrice parfaitement saine, occupée par un polype encore du poids de deux livres et denie, dont le pédicule n'avait que cinq pouces de circonférence. N'est-il pas probable, d'après ces observations, que le renversement de la matrice serait devenu la sauvegarde de la malade, et l'aurait conduite à une guérison certaine?

« Ce renversement, opéré méthodiquement, ne pouvait avoir les mêmes inconvénients que celui qui se fait accidentellement, et que le poids du polype augmente sans cesse. Il aurait permis de placer la ligature sur le vrai pédicule de la tumeur, d'amputer celle-ci aussitôt afin d'éloigner de la femme le grand foyer de corruption qui devait naître de la pourriture d'une masse aussi volumineuse, etc. »

Herbiniaux est le premier qui ait imaginé d'opérer ce renversement, qu'il a tenté une fois, mais dans un cas un peu différent de celui pour lequel Baudelocque l'a proposé. Il avait fait la ligature d'un polype de la grosseur du poing, dont le pédicule, assez gros, sortait de l'orifice de la matrice, et était si dur, qu'il résista à l'action de la ligature; il aurait fallu une constriction très-forte continuée pendant longtemps pour l'étrangler; et lorsqu'on voulait exercer cette constriction, il survenait des accidents très-graves qu'on ne pouvait faire cesser qu'en relâchant la ligature. Dans cet état des choses, Herbiniaux imagina de produire, par des tractions, le renversement du corps de la matrice, pour pouvoir amputer ce polype. Il saisit donc la tumeur avec un petit forceps fait exprès, et, par des tractions modérées, il parvint à la faire descendre jusqu'aux nymphes; mais les vives douleurs que la malade éprouva le forcèrent à suspendre ces tentatives.

Il recommença six jours après: la masse descendit assez aisément jusqu'aux grandes lèvres; mais il fallut tirer bien fort pour lui faire franchir la vulve; y étant enfin parvenu, Herbiniaux ne força point le renversement complet, pouvant bien sans cela examiner la nature du polype et de son pédicule: il plaça, par le moyen de son serre-nœud, une ligature au même endroit du pédicule où il avait posé la première; ensuite il amputa la tumeur un travers de doigt plus bas que le lien, et dans le moment il vit disparaître le fond de l'utérus avec la ligature. Il n'y eut aucun écoulement de sang: mais les symptômes fâcheux que la ligature avait produits ne firent qu'augmenter, et ne se calmèrent entièrement que lorsqu'elle fut tout à fait desserrée. Le sixième jour après l'opération, la ligature s'échappa sans aucune hémorrhagie. La suppuration fut peu abondante; elle cessa le onzième jour, et la malade se remit si promptement, qu'au bout de six semaines elle vaqua à ses affaires.

De quelque manière qu'on ait placé une ligature autour du pédicule d'un polype utérin, on doit la serrer suffisamment pour étrangler ce pédicule et déterminer la chute de la tumeur; mais il ne faut arriver que peu à peu au degré de serrement nécessaire pour produire cet effet. Une forte constriction exercée tout d'un coup pourrait donner lieu à des accidents fâcheux. Ainsi on ne serrera d'abord que très-peu la ligature, et lorsqu'on s'apercevra que la pression qu'elle exerce n'est pas suffisante, on la serrera de nouveau. Pour cela, on

dégage les deux chefs de la ligature de la fente du serre-nœud; on les tire en bas, en même temps qu'on pousse l'instrument plus avant; ensuite on les engage, comme la première fois, dans la fente de cet instrument. On renouvelle ainsi la constriction chaque fois qu'on le juge nécessaire jusqu'à la chute du polype, qui se fait attendre plus ou moins longtemps selon la grosseur et la consistance du pédicule. La section de ce pédicule, effet de l'ulcération déterminée par la présence du lien, a toujours lieu dans l'endroit même où celui-ci est placé. Il est si évident que la chose doit être ainsi, que nous n'en aurions pas fait mention si Levret n'avait prétendu le contraire. Selon cet auteur (1), le pédicule qui périt en place, au moyen d'une ligature quelconque, ne tombe pas plus au lieu où on l'a posé que la portion du cordon ombilical qui reste attachée au ventre de l'enfant; celle-ci se séparant toujours dans l'ordre naturel, au cercle de la peau du ventre, et le pédicule du polype, au lieu sain de l'endroit qui lui donne naissance, et par conséquent au-dessus de toute ligature. Mais cette comparaison du cordon ombilical avec le pédicule d'un polype manque de justesse. En effet, le premier ne tirant aucune substance du ventre de l'enfant, s'en sépare spontanément, soit qu'il ait été lié ou non; au contraire, le dernier étant nourri par le viscère qui l'a produit, ne présente aucun point au-dessus de la ligature où l'on puisse espérer une séparation semblable à celle du cordon ombilical. Si l'on prenait l'opinion hasardée de Levret pour une règle certaine, comme l'ont fait quelques-uns, on conçoit les erreurs de pratique qui pourraient en résulter.

Les effets de la ligature sur la tumeur sont différents selon la grosseur du pédicule: si le pédicule est mince, le polype fournit bientôt un suintement abondant et de mauvaise odeur; la tumeur diminue de volume, se flétrit et ne tarde pas à tomber.

Lorsque le pédicule est épais, la tumeur se gonfle, elle devient rouge et prend ensuite une teinte violette; les veines qui rampent à sa surface, distendues par le sang dont le retour est empêché, se rompent et versent une certaine quantité de sang, dont l'écoulement se répète chez quelques femmes, chaque fois qu'on serre la ligature; mais cette hémorrhagie est en général peu considérable et n'affaiblit

(1) *Journal de médecine*, t. xxxii, p. 536.

point les malades. A cet écoulement sanguin succède un flux sanieux, très-âcre et d'une odeur fétide. Plus tard, lorsque l'étranglement a porté sur toute l'épaisseur du pédicule, le polype se flétrit, commence à se putréfier et finit par se détacher.

Le traitement de la malade doit se borner, dans le premier cas, à lui prescrire le repos, une nourriture légère et des injections détersives. La ligature ne cause presque aucune douleur. Il est rare qu'on soit obligé de la serrer de nouveau; cependant si la chute de la tumeur se faisait attendre trop longtemps, et si la ligature paraissait s'être relâchée, il faudrait la serrer.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le pédicule du polype est très-gros, au moment même où l'on serre la ligature, ou quelques heures après, une douleur plus ou moins vive se fait sentir à l'endroit où le lien est placé. Le plus ordinairement cette douleur n'est accompagnée d'aucun accident bien remarquable et ne tarde pas à se dissiper, en sorte qu'on peut serrer de nouveau la ligature lorsqu'elle est relâchée, afin que le polype achève de périr faute de nourriture. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement. Il arrive quelquefois que la douleur produite par la constriction du pédicule acquiert une intensité toujours croissante, s'étend à l'hypogastre, aux aînes, aux lombes, et fait craindre l'inflammation de la matrice et du péritoine. Pour prévenir cette inflammation, on doit se hâter de desserrer la ligature. Si elle se déclare malgré cette précaution, la fièvre s'allume, le ventre devient tendu et très-douloureux; la malade éprouve des nausées, des vomissements, des hoquets, et en général tous les symptômes d'une péritonite plus ou moins vive. En pareil cas, on relâche entièrement la ligature, si elle ne l'a déjà été; on retire le serre-nœud dont la présence pourrait entretenir l'irritation, et on combat l'inflammation par les saignées du bras, l'application d'un grand nombre de sangsues sur l'abdomen et aux environs de la vulve; les bains tièdes, les fomentations émollientes et anodines, les lavements, les injections dans le vagin, les boissons délayantes, rafraichissantes et une diète sévère. S'il se manifeste des symptômes d'hystérie, on a recours aux antispasmodiques. L'inflammation cède quelquefois à ces moyens; d'autres fois elle persiste malgré leur emploi, et les malades succombent. A l'ouverture de leur corps, on a remarqué que le plus souvent une partie de la matrice avait été comprise dans la ligature.

Lorsque le pédicule est entièrement coupé par la ligature, et que

la tumeur en est séparée, si elle ne sort pas d'elle-même, soit sur-le-champ, soit pendant les efforts de la défécation, on essayera de l'extraire avec un ou deux doigts; et s'ils ne sont pas suffisants, comme cela arrive souvent, soit par le trop gros volume de la tumeur, soit parce qu'elle glisse sous les doigts ou roule dans le vagin, on la saisira avec des tenettes ou avec un petit forceps.

Aussitôt que le polype est séparé de son pédicule, la matrice qu'il avait entraînée par son poids remonte à sa place. Immédiatement après la sortie de la tumeur, on trouve l'orifice de l'utérus plus dilaté que dans l'état naturel; mais cette dilatation, qui est toujours proportionnée à la grosseur du pédicule du polype, diminue peu à peu et cet orifice ne tarde pas à revenir à son état ordinaire. Après la chute du polype il continue à se faire par le vagin un suintement auquel on remédie par des injections. Les accidents causés par le polype cessent; les forces de la malade se rétablissent, et en peu de temps la guérison est complète.

Les divers procédés dont on s'est servi pour lier les polypes de la matrice sont plus facilement applicables à la ligature des polypes du vagin qui ont un pédicule; car lorsqu'ils tiennent aux parois de ce conduit par une base large, il est très-difficile et quelquefois même impossible de les lier (a).

(a) — Malgré les travaux des anatomo-pathologistes modernes, les maladies de l'utérus désignées sous le nom générique de *polypes* ne sont pas encore parfaitement distinguées les unes des autres. Boyer, en établissant la division pathologique des corps fibreux et des polypes, a peut-être fait plus pour la science que toutes les recherches anatomiques n'ont fait elles-mêmes, parce qu'il a ainsi établi une séparation entre deux maladies distinctes; mais il n'a pas donné l'anatomie pathologique des polypes, et il n'a même pas cherché à la faire connaître et à la ramener à l'unité. Nous voyons, en effet, qu'il s'est contenté de transcrire les descriptions que les divers chirurgiens ont données des tumeurs qu'ils ont enlevées. Cependant Boyer s'était plus rapproché de la vérité que plusieurs des écrivains qui lui sont postérieurs, lorsqu'il séparait des polypes réels de l'utérus les polypes désignés par Levret sous le nom de vivaces, et lorsqu'il disait « qu'ils ne

sont autre chose que des excroissances fongueuses qui s'élèvent communément de quelque ulcère de l'intérieur de la matrice, et qui sont constamment incurables. » Je pense que c'est à tort que quelques pathologistes modernes, ne s'appuyant pas sur la division établie par Boyer, ont cherché à en faire une autre en étayant leur opinion sur les modifications de structure que peuvent offrir certains polypes; modifications que Boyer avait vues, et qu'il avait su apprécier à leur juste valeur. Je vais tâcher d'établir une classification des tumeurs dites polypes de l'utérus; elle sera basée sur l'anatomie, l'anatomie pathologique et la pathologie.

Sous le nom de polypes de l'utérus, on désigne toute tumeur qui, naissant du corps ou du col de l'utérus, présente un corps plus ou moins arrondi ou piriforme, et un col qui fixe ce corps à l'organe dont il naît. Or, ces tumeurs peuvent : 1^o naître de la membrane muqueuse ou membrane dermique qui recouvre la face interne de l'utérus et son col; 2^o se développer dans le tissu même de l'utérus ou de son col; 3^o être formées par le tissu du col hypertrophié. Les tumeurs de la première catégorie sont les polypes proprement dits. J'ai donné, dans le deuxième volume de cet ouvrage, l'anatomie pathologique des polypes; je ne crois pas devoir la répéter ici. Les tumeurs de la deuxième catégorie sont les corps fibreux; les tumeurs de la troisième catégorie sont des hypertrophies du tissu musculaire de l'utérus.

Je vais prouver maintenant l'exactitude de ce que j'avance.

L'anatomie nous apprend que la face interne de l'utérus et de son col, et que les lèvres de celui-ci, sont recouvertes d'une membrane muqueuse, véritable peau composée d'un derme revêtu d'un épithélium ou épiderme mou (1). Or, ce derme, cette peau, peuvent être affectés des mêmes maladies que le derme, que la peau des autres parties du corps, car ils ont la même structure et la même organisation; par conséquent ils peuvent être affectés de polypes, comme toutes les autres portions de la peau et des membranes muqueuses.

L'examen anatomique, la dissection des polypes utérins, a tou-

(1) Tous les anatomistes ne pensent pas que la face interne de l'utérus soit revêtue d'une membrane muqueuse. Boyer et d'autres anatomistes admettent l'existence de cette membrane, et je partage leur opinion.

jours montré et nous montre encore journellement que tantôt ils ont la structure fibreuse, telle que Boyer l'a indiquée, et tantôt une structure totalement différente. Ce sont ces dernières tumeurs qui sont les polypes. J'ai dit, en décrivant l'anatomie pathologique des polypes, qu'ils étaient formés d'un tissu aréolaire ou vésiculaire recouvert d'une enveloppe mince, et qu'ils étaient suspendus par un pédicule contenant des vaisseaux sanguins artériels et veineux, en général très-petits, et ne se ramifiant pas dans la tumeur. Or, si nous examinons les polypes utérins, nous trouvons qu'ils ont un pédicule ne contenant ordinairement que de très-petits vaisseaux; quelquefois, disent les pathologistes, les vaisseaux sont assez gros pour donner lieu à une hémorrhagie. Je n'ai jamais observé cet accident dans les polypes que j'ai vus; il peut exister après l'ablation de tumeurs dites polypes, mais on peut douter de la nature de ces tumeurs d'après l'observation que je donnerai plus loin. Lorsqu'on examine la structure du pédicule du polype, on voit qu'elle est pareille à celle de la tumeur: c'est un tissu plus ou moins aréolaire dans une enveloppe mince. Si on dissèque la tumeur elle-même, on trouve aussi un tissu aréolaire à mailles plus ou moins grandes dont les parois sont plus ou moins épaisses, et ces mailles contiennent, d'après le dire des écrivains, tantôt une matière gélatineuse, tantôt une matière mollasse plus consistante. Si, laissant de côté les diverses comparaisons faites par les écrivains, nous décrivons ce que nous avons vu, nous pourrions prouver que nous avons raison de donner le nom de polypes aux tumeurs qui nous occupent. La première fois que j'ai eu occasion de vérifier le fait que j'avance, ce fut chez une femme sur laquelle j'étudiais l'utérus. Je trouvai dans la cavité de cet organe trois petites tumeurs pédiculées, de la grosseur des pois: je les disséquai, et je vis qu'elles étaient en tout semblables aux polypes de la peau et aux polypes vésiculaires du nez et du rectum. Cependant toutes trois n'étaient pas absolument pareilles; les aréoles qu'elles présentaient étaient d'autant plus grandes, et leurs parois étaient d'autant plus épaisses que la tumeur était plus volumineuse: j'en conclus que ces aréoles avaient une grandeur proportionnelle au volume des tumeurs. Depuis lors, je n'ai pas eu occasion de vérifier sur le mort la conclusion que j'avais tirée de ce fait; mais j'ai pu faire cette vérification sur le vivant, après avoir enlevé des polypes. Trois fois j'ai amputé des polypes utérins qui présentaient la structure des polypes de la peau et des membranes

muqueuses: un de ces polypes naissait de la face interne de l'utérus; les deux autres étaient implantés sur le col utérin. Le premier était formé d'une substance homogène, de couleur gris-blanc, sans aucune apparence de fibres, ayant peu de résistance de tissu, offrant des espaces vides, grands relativement au volume de la tumeur, et semblables aux sinus veineux de l'utérus pendant la grossesse. Son pédicule était formé d'un tissu semblable. Le second naissait de la face interne du col de l'utérus; cet organe abaissé et sorti de la vulve laissait voir sans aucune difficulté le point d'insertion du pédicule. La surface du polype était parcourue par quelques veines dont j'ai fait sortir du sang. Sa substance assez dense, peu épaisse, constituait plusieurs loges ou vacuoles vides dans lesquelles un stylet pénétrait sans peine: cette substance dépourvue de consistance s'affaissait en tous sens. Le pédicule était formé d'une pareille substance. Dans ces deux polypes, le pédicule contenait de petits vaisseaux artériels et veineux qui n'ont pas fourni de sang après l'opération. J'ai vu, dans la pratique de mon père, un polype dont la structure était analogue à celle de ces deux polypes; mais je ne peux donner la description de sa substance, parce que je n'ai pas de notes suffisantes à cet égard. Le pédicule de ce polype était très-long et très-petit; dès qu'il fut coupé, nous vîmes une artère d'un calibre très-petit donner du sang qui sortait en jet: l'hémorrhagie, qui aurait pu survenir, fut prévenue par le tamponnement avec la charpie. Le troisième polype dont j'ai pu examiner la substance naissait du col utérin par un pédicule très-petit. Il était rouge comme une framboise et il saignait au moindre contact. Dès qu'il fut arraché, car il se déchira lorsque je le saisis avec des pinces ordinaires pour couper le pédicule, il blanchit, tout le sang s'étant écoulé. Il avait la consistance de la peau fine; il présentait à sa circonférence des enfoncements et des saillies; sa coupe lisse et unie ne laissait apercevoir aucune trace de structure fibreuse. Il me paraît évident, d'après cette anatomie pathologique comparée à celle des polypes de la peau et des autres membranes muqueuses, que les polypes sont de véritables productions du derme ou d'une des parties constituantes de la membrane muqueuse utérine, qui présentent dans leur structure des modifications dépendant sans doute des modifications normales qu'offre cette membrane muqueuse. Si, enfin, nous cherchons dans la pathologie des caractères différentiels propres aux polypes, nous voyons que leur pédicule peut offrir des pulsations,