

cure (deuto-azotate de mercure). J'en ai constamment obtenu d'excellents résultats, et jamais je ne l'ai vu occasionner d'accidents. Je l'emploie de la manière suivante : je fais avec de la charpie un pinceau plus ou moins gros en raison de l'étendue de l'ulcère cancéreux ; je fixe ce pinceau sur une baguette de bois ou de baleine, et je régularise les brins de charpie qui sont libres, de façon qu'ils ne soient pas trop longs. Je mets le speculum, que je prends toujours large et plein, afin de bien saisir le col et de bien préserver les parois vaginales du contact du liquide caustique ; puis je trempe le pinceau dans le nitrate acide, je l'égoutte, et je touche plus ou moins fortement toute la surface ulcérée, de manière à détruire une grande partie du champignon fongueux, sans toutefois atteindre le tissu utérin dès la première application. Je fais ensuite une injection d'eau pure tiède ou froide, indistinctement, et après avoir fait écouler tout le liquide de l'injection, je mets un tampon de charpie d'une grosseur proportionnée à la largeur du col et toujours assez gros pour le recouvrir en totalité. Le lendemain, j'enlève ce tampon et j'en remets un autre : je fais ainsi un pansement journalier. Les premiers jours, il y a un écoulement puriforme très-abondant et proportionné à l'étendue et à la profondeur de l'eschare ; à mesure que celle-ci tombe, l'écoulement diminue ; quand elle est détachée, il cesse et reprend les proportions qu'il avait avant la cautérisation. Alors, je cautérise de nouveau, plus ou moins selon le volume du champignon et selon l'étendue de l'ulcère, et j'arrive ainsi, par des cautérisations successives et par un pansement journalier avec la charpie sèche, à niveler l'ulcère du col utérin et à diminuer l'intensité des accidents. Il n'est pas possible de fixer le temps nécessaire pour obtenir cette amélioration, parce que beaucoup de circonstances peuvent le faire varier.

Lorsque je cautérise pour arrêter des hémorrhagies qui se font soit par un ulcère cancéreux simple, soit par un champignon cancéreux, je me conduis de même. Je ferai seulement observer que, dans ce cas, je suis souvent obligé de cautériser plus fortement, parce que l'écoulement de sang qui a lieu au moment où j'applique le caustique affaiblit son action en se mêlant avec lui et en l'entraînant.

L'emploi de ces moyens tout à fait locaux n'empêche pas l'usage des médicaments intérieurs. En combinant ainsi les bons effets de ces deux ordres d'agents thérapeutiques, on fait supporter plus pa-

tiemment aux malades la douloureuse affection qui doit les faire périr plus tard.

9° De l'extirpation ou amputation de la matrice. (P. B.)

On a désigné indistinctement sous les noms d'extirpation et d'amputation de la matrice ou utérus une opération qui consiste dans l'ablation complète de cet organe.

Boyer proscrit cette opération ; d'autres chirurgiens ses contemporains partagent son opinion. Je crois, comme eux, que l'opinion de Boyer est seule admissible ; cependant je dois décrire ce qui a été fait sur ce sujet, et je désignerai cette opération sous le nom d'*extirpation de l'utérus*.

L'extirpation de l'utérus a été pratiquée pour des maladies très-différentes, tant sous le rapport de l'état actuel de l'organe malade que sous le rapport des conséquences de la maladie : elle a été faite pour le prolapsus et le renversement de l'utérus, et pour le cancer de cet organe. Dans le premier cas, l'utérus, placé au dehors et vu par le chirurgien, a pu être extirpé plus facilement, et l'opérateur, distinguant ce qu'il devait faire et ce qu'il faisait, a toujours pu agir avec certitude ; il opérât d'ailleurs sur un organe sain entouré d'organes également sains. Dans le second cas, l'utérus, situé dans sa place normale et souvent hors de la vue du chirurgien, n'a jamais pu être enlevé que difficilement, soit qu'on l'ôtât par le vagin, soit qu'on l'ôtât après avoir incisé les parois abdominales au-dessus du pubis, parce que si l'opérateur agissait dans le vagin, il n'avait que ses doigts pour se conduire, et parce que s'il agissait par la cavité abdominale, il ne pouvait manœuvrer aisément, comme lorsque l'organe est pendant hors du vagin. De plus, le chirurgien a souvent opéré sur un organe malade entouré d'organes atteints de la même maladie, qui a pour caractère spécial une récurrence certaine.

L'utérus descendu ou renversé a été extirpé tantôt au moyen d'une ligature portée sur la partie supérieure ou sur la partie pédiculée de la tumeur, tantôt par la section simple de la tumeur ; l'utérus cancéreux a toujours été extirpé par l'instrument tranchant. Avant de décrire les modes opératoires, je vais dire quelques mots sur l'histoire de cette opération.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de faire l'histoire

exact des opérations pratiquées pour l'extirpation de l'utérus. Il règne à cet égard une telle confusion dans les écrits des pathologistes, qu'on ne peut distinguer la vérité de l'erreur. Si l'on en juge d'après ce que l'on voit tous les jours, on peut avancer, sans craindre de se tromper, qu'il est certain que la matrice descendue ou renversée a été enlevée, et que les malades ont guéri; car nous trouvons encore dans notre siècle des praticiens qui ont pratiqué cette extirpation, et l'opération a été suivie de succès. Mais si, d'une autre part, nous considérons que ces cas ont toujours été la conséquence d'une erreur de diagnostic, et qu'aujourd'hui que la science est fixée d'une manière si positive sur les signes diagnostiques différentiels des polypes, de la descente et du renversement de l'utérus, il y a encore fréquemment des erreurs sur ce point, nous sommes autorisé à penser que des polypes ont été enlevés pour des utérus, et que réciproquement des utérus ont été enlevés pour des polypes: d'où il résulte qu'on ne peut débrouiller ce chaos d'observations et de faits, d'autant plus que les unes et les autres ne sont jamais accompagnés de réflexions précises sur la nature des tumeurs. Il est vrai que, dans quelques cas, l'autopsie cadavérique a dû jeter un jour certain sur la nature des parties enlevées; mais, dans ce cas-là encore, il peut rester du doute, parce que les narrations ne donnent pas des détails convenables, et parce que, dans le plus grand nombre de faits, les écrivains se contentent de dire qu'une cicatrice existait à la place de la matrice. Je crois donc que, sans repousser ni rejeter les observations et les faits des chirurgiens des siècles précédents, nous devons nous contenter de savoir qu'ils existent, sans cependant appuyer notre opinion sur eux, et sans entrer dans une discussion qui serait aussi oiseuse que fastidieuse, puisqu'elle ne nous mènerait à aucun résultat positif. Il n'en est pas de même des observations et des faits de notre siècle; les connaissances anatomiques, la précision des observations, et surtout l'attention portée sur ce sujet par les pathologistes, ne nous laissent aucun doute sur la réalité de l'extirpation complète de l'utérus. Lorsque nous parcourons les divers écrits publiés sur cette opération, nous trouvons que c'est surtout dans les cas de descente et de renversement de cet organe que l'opération a réussi; tandis qu'elle n'a pas été suivie de succès dans les cas où l'utérus, ayant conservé sa position normale, a été enlevé par le vagin ou par l'abdomen. Ces différences dépendent sans doute de celles que présentent les parties qui concou-

rent à la formation de l'organe. Dans la descente et dans le renversement, la membrane péritonéale, mise en contact avec elle-même au-dessus de l'organe descendu et dans la gaine de l'organe renversé, peut avoir déjà contracté quelques adhérences avant l'opération, ou peut, au moment même de cette opération, contracter promptement des adhérences qui ferment la cavité péritonéale: alors il ne survient aucun accident, et la guérison a lieu. D'ailleurs, n'a-t-il pas pu arriver, dans les cas de descente de l'utérus, qu'on ait coupé seulement le col de cet organe, et qu'on ait cru l'avoir enlevé en entier? Dans les cas d'extirpation de l'utérus ayant conservé sa position normale, on trouve moins de succès, parce que le péritoine coupé autour de l'organe n'est pas mis en contact avec lui-même comme dans le cas précédent, et ne contracte pas ainsi des adhérences qui ferment l'entrée de la cavité abdominale et empêchent le développement de la péritonite.

La ligature et l'excision sont, comme je l'ai dit, les deux opérations que l'on a pratiquées pour la descente et le renversement de l'utérus. L'une et l'autre ont été suivies de quelques succès et d'insuccès beaucoup plus nombreux, sans qu'on sache positivement les causes de ces différences. Peut-être sont-elles analogues à celles que j'ai indiquées à propos des polypes et des corps fibreux de l'utérus. Quand on a lié et coupé le vagin sans toucher au tissu musculaire utérin, peut-être a-t-on vu réussir l'opération; tandis que lorsqu'on liait ou coupait le tissu propre de l'utérus, on a eu à déplorer la perte des malades. La ligature est une opération très-simple. On porte sur le pédicule de la tumeur, si elle en présente un, ou sur le point de la tumeur le plus rapproché de la cavité abdominale, s'il n'existe pas de pédicule, on porte, dis-je, une ligature composée de deux ou trois fils cirés et on la serre progressivement au moyen d'un serre-nœud. Cette ligature paraît avoir causé des douleurs très-variables et des accidents plus ou moins graves du côté de l'abdomen, sans qu'on sache d'où venait cette différence. La constriction exercée par la ligature est graduée, et la tumeur tombe au bout de quinze à vingt-cinq jours en raison du degré de cette constriction et de l'épaisseur des parties comprises dans l'anse de fil. Le but des praticiens en faisant la ligature a été de prévenir l'hémorrhagie et d'obtenir une inflammation adhésive qui produise la cicatrisation des parties et l'oblitération de la cavité abdominale. L'excision est une opération aussi facile que la ligature. La tumeur étant saisie avec des pincés à crochets, le chirurgien la coupe

dans le lieu qu'il juge convenable, soit d'un seul coup, s'il ne craint pas l'hémorrhagie, ou s'il est sûr de retrouver les vaisseaux parce qu'il a saisi la tumeur au-dessus du lieu de la section; soit en plusieurs fois, s'il craint l'hémorrhagie, et s'il préfère lier les vaisseaux à mesure qu'il tranche le tissu utérin. Dans les cas où les praticiens ont extirpé volontairement l'utérus en le coupant, ils n'ont pas observé qu'une hémorrhagie abondante fût la suite de l'opération. Quelques-uns, pour éviter cette hémorrhagie abondante, ont cru devoir appliquer d'abord une ligature, puis couper la matrice; cette ligature peu serrée ne produisait aucun accident.

L'excision est le seul moyen opératoire qui ait été mis en usage pour l'extirpation de l'utérus resté dans sa position normale. Elle a été faite par le vagin et par la cavité abdominale après l'incision de ses parois. Cette opération présente donc deux méthodes, qui sont désignées sous les noms d'*extirpation sous-pubienne* et d'*extirpation sus-pubienne*. Je vais les décrire successivement.

L'extirpation sous-pubienne ou par le vagin a été pratiquée pour la première fois en l'année 1812 par Paletta, qui la fit involontairement. Elle a été faite volontairement en l'année 1822 par Sauter, chirurgien de Constance. Après avoir vidé le rectum et la vessie, il saisit le col de l'utérus, coupa à petits coups de bistouri la paroi du vagin dans le point de son union au col utérin, chercha à séparer l'utérus de la paroi antérieure en se servant des doigts et du manche du bistouri, mais, n'y pouvant parvenir, coupa le tissu cellulaire et le péritoine, alla chercher avec les doigts le fond de l'utérus qu'il renversa, et faisant relever et soutenir les intestins par un aide, acheva la séparation de l'organe par la section de ses attaches au rectum et par celle des ligaments larges. Il n'y eut d'autre hémorrhagie que celle qui résulta des déchirures du champignon cancéreux développé sur le col utérin, et une petite perte de sang par une petite artère des ligaments. La malade perdit en tout, dit Sauter, une livre et demie de sang. La vessie fut lésée, car la malade conserva une incontinence d'urine. Quelques accidents survinrent immédiatement, la guérison fut complète au bout de quatre mois. Le procédé de Sauter fut suivi par MM. Récamier et Roux; mais craignant l'hémorrhagie, ils portèrent une forte ligature sur les ligaments larges après avoir pratiqué leur première incision, puis ils les coupèrent, renversèrent l'utérus et achevèrent de le détacher en faisant la section de la paroi postérieure du vagin.

MM. Langenbeck et Blundell commencent par détacher la paroi postérieure du vagin, et renversant l'utérus en arrière, ils achèvent en coupant les ligaments larges et la paroi antérieure du vagin. M. Langenbeck a incisé le périnée pour se donner plus de facilité dans l'opération. M. Banner a préféré commencer par détacher le vagin en arrière et en avant, et terminer par la section des ligaments larges. Siebold incise la paroi latérale du vagin, et M. Lizars, la cloison recto-vaginale, pour faciliter la séparation de l'utérus. La plupart de ces opérations, dans lesquelles des ligatures n'ont pas été appliquées sur les ligaments larges, n'ont pas été suivies d'hémorrhagie, et nous voyons que les malades n'ont perdu que de six à dix onces de sang.

L'extirpation sus-pubienne a été proposée en l'année 1814 par M. Gutberlat, mais elle ne fut pas exécutée par lui. C'est M. Langenbeck qui le premier l'a pratiquée; il a soulevé l'utérus avec ses doigts, au lieu de se servir de l'instrument de M. Gutberlat. Cet instrument consiste en un anneau avec lequel on accroche l'utérus. Delpech a pratiqué cette opération en suivant le procédé de M. Langenbeck: les malades opérées sont mortes. Musitano, qui vivait dans le XVII^e siècle, dit que cette opération fut pratiquée de son temps; mais il paraît que c'était l'extirpation des ovaires.

Si, pour terminer ce sujet et pour laisser au lecteur la possibilité de juger la valeur de cette opération, nous mettons sous ses yeux les résultats qu'on a obtenus, nous voyons que toutes les extirpations sus-pubiennes ont occasionné la mort, et que les opérations sous-pubiennes ou vaginales n'ont eu d'heureux résultats que dans trois cas, c'est-à-dire que trois fois les malades ne sont pas mortes des suites immédiates de l'opération et qu'elles ont survécu un an au plus, pour voir leur maladie cancéreuse récidiver. Toutes les autres ont succombé, le plus grand nombre au bout de quelques heures ou au bout d'un jour, et le plus petit nombre au bout de quelques jours.

§ 3. — Maladies du col de la matrice. (P. B.)

Le col de l'utérus étant quelquefois affecté de maladies auxquelles ne participe nullement le corps de cet organe, je crois devoir m'en occuper dans un paragraphe particulier. Ces maladies sont l'ulcération et l'hypertrophie. J'ai vu une seule fois le col utérin couvert de végétations ou plutôt de petites tumeurs pédiculées. Le col aplati