

sang, j'enlève le tamponnement. La surface de la plaie utérine n'offre pas de bourgeons charnus; elle est un peu blafarde. Je mets un tampon de charpie comme pansement de cette plaie. Le 25, il commence à se développer des bourgeons charnus qui deviennent progressivement un peu fongueux, de sorte que, le 15 décembre, je crois devoir les cautériser avec le nitrate acide de mercure. Le 25 décembre, les règles viennent. Le 30, quand elles ont cessé de couler, je trouve un changement notable dans l'aspect de la plaie; il est celui d'une plaie simple en voie de cicatrisation. Néanmoins je continue à pratiquer tous les trois jours une légère cautérisation avec le même caustique. La malade a repris depuis son opération toute sa santé; elle reste levée toute la journée, et elle ne ressent aucune douleur. Le 18 janvier 1841, elle sort de l'hôpital avec ma permission, quoique non guérie. Je la revois quinze jours après. Les règles sont revenues à l'époque normale; la plaie de l'utérus est presque guérie. Le 12 février, je la trouve complètement cicatrisée. J'ai revu plusieurs fois la malade depuis cette époque. Sa santé est parfaite; ses règles sont régulières; elle n'a plus aucun écoulement blanc; elle n'éprouve aucune douleur; seulement elle souffre un peu quand elle a des rapports avec son mari. La surface du col est plate et un peu rouge.

2^e OBS. — *Hypertrophie de la lèvres postérieure du col utérin.* — Une femme âgée de quarante-trois ans, ayant eu trois enfants, est entrée, le 27 août 1844, à l'hôpital Saint-Louis, pour une tumeur sortant par la vulve et pendante entre ses cuisses. L'examen des parties, siège du mal, me fait reconnaître une tumeur naissant de la lèvres postérieure du col utérin. Celui-ci, tirillé, a une forme ovale dirigée d'avant en arrière. La tumeur piriforme a en longueur sept centimètres et demi, en largeur six centimètres et demi, en épaisseur trois centimètres, en circonférence dans sa partie la plus large treize centimètres et demi, en circonférence à son pédicule neuf centimètres trois quarts.

Cette femme n'a jamais eu aucun dérangement dans ses règles ni aucun écoulement blanc; à peine ses époques menstruelles étaient-elles précédées ou suivies d'un écoulement muqueux blanc. Il y a quatre mois qu'elle s'est aperçue pour la première fois de la tumeur qui l'amène à la consultation, et depuis lors elle a eu un écoulement sanguin continuel, de sorte qu'il lui est impossible de distinguer l'é-

poque de ses règles. En conséquence, je songe à la débarrasser le plus tôt possible de son mal, et l'ayant préparée convenablement, je l'opère le 29 août. Mais avant de décrire cette opération, je crois devoir indiquer l'aspect de la tumeur.

Cette tumeur est d'une couleur rougeâtre, comme si elle était gorgée de sang veineux. Elle est enveloppée d'une membrane douce analogue à celle qui couvre le col utérin, mais un peu grenue comme une conjonctive légèrement enflammée. Elle ne présente nulle part cette sécheresse semblable à celle du parchemin que l'on observe sur un utérus descendu ou renversé. Elle est couverte de mucus, et le moindre attouchement pour l'examen la fait saigner. Sa consistance est molle, épiplouque pour ainsi dire, et n'a aucun rapport avec celle des corps fibreux. Le pédicule offre la même consistance et la même sensation au toucher. Je l'examine avec grand soin à plusieurs reprises pour m'assurer s'il contient ou non des vaisseaux.

La malade étant placée sur un lit, les cuisses écartées et maintenues par des aides, je saisis la tumeur de la main gauche, je la tire, j'abaisse le col utérin, et quand il est hors de la vulve, je coupe le pédicule avec des ciseaux tenus de la main droite. Je n'ose le couper d'un seul trait, comme je fais ordinairement, parce que je crois reconnaître qu'il n'est semblable ni à ceux des polypes, ni à ceux des corps fibreux. Je n'incise donc d'abord que le tiers environ de son épaisseur, et voyant couler beaucoup de sang, je m'arrête. Je fais éponger, et reconnaissant que c'est du sang veineux, je donne un second coup de ciseaux. Deux artères sont coupées; elles lancent du sang en jet: je veux les lier, à deux reprises; mais je ne le peux, à cause de la densité du tissu qui les entoure. Alors j'accroche avec une érigne le col au-dessus de la section des ciseaux, et je fais chauffer des cautères. Quand ils sont suffisamment chauds, j'achève la section du pédicule de la tumeur. Une petite artère se trouve dans cette dernière partie coupée. J'applique deux fois les cautères, et le sang est arrêté. La malade est remise dans son lit, et elle me dit que ni la section, ni la cautérisation de la tumeur, n'ont été douloureuses, et qu'elle a été seulement effrayée.

L'examen de la tumeur me fait voir qu'elle est parcourue par un grand nombre de vaisseaux, dirigés selon sa longueur, à parois très-minces et très-adhérentes à son tissu. La tumeur est enveloppée d'une membrane qui paraît muqueuse et qui ne peut être détachée de

son tissu, même par la dissection. Ce tissu paraît inorganique à la première vue; mais en le tirant en sens contraire, dans la direction de la longueur de la tumeur, on voit qu'il est formé de fibres très-denses, très-résistantes, très-serrées, parallèles suivant cette longueur, et qui, dans la partie inférieure de cette tumeur, s'entre-croisent comme les doigts des mains jointes, pour remonter ensuite vers le pédicule. Les vaisseaux ne peuvent être séparés de ces fibres dans aucun des points de l'étendue de la tumeur. Il est évident, par cette description, que le tissu utérin n'avait subi aucune altération morbide, et qu'il y avait seulement augmentation de longueur et de densité de ses fibres, et par conséquent une véritable hypertrophie.

La malade, vue une heure après l'opération, n'a aucun écoulement de sang ni aucune réaction fébrile. La journée et la nuit sont bonnes. Le 30, l'état est le même; il n'y a aucune douleur de ventre. Le 31, il y a une légère douleur dans le côté droit de l'abdomen; je fais appliquer un cataplasme. La malade se lève un peu dans la journée. Le 1^{er} septembre, il n'y a plus aucune douleur; la malade se lève et mange. Ce bon état persiste les jours suivants. Le 5, j'examine le col utérin au speculum. Je trouve une plaie vermeille et nulle trace de l'eschare faite par le fer rouge. La malade et l'infirmière, interrogées sur l'écoulement qui a pu accompagner la séparation de l'eschare, disent n'avoir observé aucun écoulement, et me montrent l'alèze, qui est restée pendant les 2, 3 et 4 septembre, et qui n'a aucune tache. La malade a voulu sortir le 6 septembre, dix jours après l'opération. Je l'ai revue le 17 septembre, vingt et un jours après l'opération. La plaie de la section entièrement cicatrisée est encore rosée; le frottement avec un tampon de charpie ne donne lieu à aucun écoulement sanguin.

3^o De l'amputation du col de la matrice.

L'amputation du col de la matrice est une opération d'invention nouvelle. On la connaît aussi sous le nom d'excision ou de rescision du col utérin.

Osiander, célèbre accoucheur allemand, est l'inventeur de cette opération et le premier qui l'ait pratiquée dans les dernières années du XVIII^e siècle, et lorsqu'il publia les résultats de son opération, il avait huit cas de succès. Depuis lors, les chirurgiens et les médecins ont suivi son exemple avec des chances de succès très-variables.

C'est pour le cancer du col de l'utérus que cette opération a surtout été faite; aussi quand nous lisons les observations qui constatent les cas de succès, nous devons bien faire attention qu'elles donnent les résultats de l'opération en elle-même, et non quant à la maladie pour laquelle on l'a faite. Or, tout le monde sait que le cancer de l'utérus récidive constamment même quand on a enlevé toute la partie malade; par conséquent ces succès ne sont donc que temporaires, et l'opération inutile. Comme dans un grand nombre de cas les chirurgiens n'ont ôté qu'une partie du col malade, il en résulte que l'opération a été à la fois intempestive et inutile. Mais si l'amputation du col utérin doit être complètement rejetée pour le cancer, il n'en est pas de même pour son hypertrophie; dans ce cas, elle est toujours suivie d'un succès constant, parce que la maladie ne récidive pas.

Cette opération n'est pas grave, ou du moins elle n'offre pas plus de chances fâcheuses que toute autre opération, lorsqu'on la pratique d'après des indications convenables. Aussi je crois qu'elle doit rentrer dans la classe des opérations communes, malgré la répulsion qu'un grand nombre de médecins ont pour elle. Je n'ai eu occasion de la pratiquer que deux fois, et deux fois j'ai eu des succès. J'ai proposé à deux femmes, qui ont le col hypertrophié, d'amputer le col malade; elles ont refusé, mais je suis convaincu que j'aurais obtenu des succès et qu'elles seraient débarrassées des accidents qu'elles éprouvent.

Lorsque Oslander coupa le col utérin, il le traversa d'un fil pour l'abaisser; lorsque M. Récamier et Dupuytren pratiquèrent cette même opération, ils se servirent d'un speculum pour écarter les parois du vagin et voir le col, et ils le saisirent au moyen de pinces à crochets. Il y a donc deux manières de faire cette opération: l'une, en abaissant le col, le tirant hors de la vulve et le coupant quand il est sorti; l'autre, en se servant d'un speculum pour conduire les instruments sur le col saisi avec les pinces. Je vais décrire successivement ces deux procédés.

Les instruments nécessaires sont plusieurs pinces à crochets, un speculum utérin plein ou à valves, des bistouris droits ou coudés à angle et tranchants des deux côtés, des ciseaux courbes, des caudères, de la charpie, un bandage de corps, des rubans, des éponges et de l'eau tiède.

La situation à donner à la malade pour l'opération est toujours la

même, quel que soit le procédé que l'on mette en pratique. On la couche sur le bord d'un lit ou d'une table garnie d'un matelas, qui sont tournés vers le jour, et qui sont assez élevés pour que le chirurgien ne soit pas obligé de se baisser. On écarte les cuisses de la malade et on les fait maintenir par des aides qui ont le soin de tenir les pieds par le cou-de-pied et non par la plante, afin que la malade ne puisse pas prendre sur eux un point d'appui et ne s'éloigne pas du bord du lit.

Le chirurgien, placé devant le lit, se conduit différemment selon le procédé qu'il suit. S'il abaisse l'utérus, il introduit dans le vagin le doigt indicateur gauche suffisamment graissé d'huile ou de cérat, et il s'en sert pour conduire jusqu'au col une pince à crochets tenue de la main droite. Quand elle y est arrivée, il écarte les branches et il saisit le col. Il retire alors le doigt du vagin, et prenant la pince à deux mains, il la tire à lui très-lentement et très-progressivement pour abaisser l'utérus. Cet organe cède à ces tractions douces, et la malade n'éprouve aucune douleur, ou n'en ressent qu'une très-faible. Il n'en serait pas de même si le chirurgien tirait brusquement le col; il éprouverait plus de peine à l'abaisser et la malade souffrirait beaucoup. Quand on pratique l'opération pour une hypertrophie du col, une seule pince à crochets est suffisante, parce que le col très-résistant supporte parfaitement, sans se déchirer, la traction exercée sur lui. Mais quand on fait cette opération pour un col cancéreux, et par conséquent ramolli, souvent il se déchire sous les pinces, et il faut alors en placer une nouvelle au-dessus de la première. Lorsque l'utérus est suffisamment abaissé, le chirurgien fait tirer en dehors les lèvres de la vulve par les aides qui tiennent les cuisses, et, mettant la pince à crochets dans sa main gauche, il prend de sa main droite un bistouri droit ou des ciseaux, et il coupe le col en plusieurs coups ou d'un seul coup. Au moment où la section est achevée, l'utérus remonte et reprend sa place normale. S'il ne s'écoule pas beaucoup de sang, ce que le chirurgien reconnaît aisément d'après les vaisseaux qu'il a trouvés dans le col, et en mettant un doigt dans le vagin ou en écartant les lèvres de la vulve, il lave le sang qui a pu couler sur les cuisses de la malade, et il la fait placer dans son lit. Mais s'il coule beaucoup de sang, soit par des artères qui le lancent en jet, soit par des artères qui le versent en nappe, le chirurgien doit s'occuper d'arrêter l'hémorrhagie par la cautérisation ou par le

tamponnement. Je dois faire observer que, dans le col utérin, les artères sont fixées constamment au tissu malade, que par conséquent elles restent béantes, et ne peuvent être saisies par les pinces pour être liées. Si le tissu est plus dense, il ne cède pas, comme on le voit dans la deuxième observation, et si le tissu est malade, il est déchiré par la ligature qu'on applique sur lui. Si l'on préfère la cautérisation, on saisit avec des pinces à crochets le col utérin au-dessus du point où il est coupé; on le maintient abaissé ou on l'abaisse de nouveau, et on applique un fer rouge-blanc sur la plaie. Cette cautérisation n'est nullement douloureuse; mais il faut avoir grand soin de la faire légère, et de ne cautériser qu'autant qu'il est nécessaire pour arrêter l'écoulement de sang. La cessation de cet écoulement fait reconnaître que le degré de cautérisation est suffisant. Il vaut mieux être obligé d'appliquer deux fois le cautère que de le laisser trop longtemps la première fois. Les observations précédentes sont la preuve de la bonté de ces préceptes. Si l'on craint les effets de la cautérisation, et si l'on aime mieux le tamponnement, on le pratique, comme je l'ai fait dans le cas rapporté plus haut. On introduit dans le vagin un speculum; on le fixe au moyen de rubans de fil attachés à un bandage de corps, et on le remplit de bourdonnets de charpie fortement pressés les uns contre les autres. Quand les bourdonnets sont imbibés de sang, on les change. Il faut avoir soin, dans ce tamponnement, de bien fixer le speculum, afin que les bords de son orifice vaginal placés entre la base du col et les parois du vagin ne laissent pas couler le sang le long de ces parois; autrement on n'arrêterait pas l'hémorrhagie. Des praticiens pensent qu'on peut tamponner le col en se contentant de mettre des bourdonnets de charpie dans le vagin: c'est une erreur. Un pareil tamponnement peut être suffisant pour un léger écoulement de sang, mais non pour un écoulement abondant, parce que, le vagin étant susceptible d'éprouver une grande dilatation, la pression de la charpie n'est jamais exercée directement sur le col. Le tamponnement doit être continué pendant plusieurs jours, autrement l'hémorrhagie se renouvellerait. Je crois que la disposition des parties qui fait rester les artères béantes doit engager les praticiens à préférer la cautérisation au tamponnement.

Si le chirurgien veut faire la section du col au moyen du speculum, il introduit dans le vagin cet instrument convenablement graissé. Il se

sert ou du speculum plein, que je crois préférable, ou d'un des divers speculum brisés et à valves, selon ses habitudes; puis il conduit dans le speculum un bistouri coudé à angle droit ou des ciseaux, et il coupe le col en un ou plusieurs coups de tranchant de l'instrument, puis il se conduit comme je l'ai dit plus haut, s'il y a hémorrhagie.

Après l'opération, le chirurgien panse chaque jour la plaie du col en appliquant sur elle un tampon de charpie sèche ou enduite d'un médicament topique approprié à l'état du col, comme je l'ai dit pour les ulcérations de cette partie. Si cela devient nécessaire, il cautérise la plaie, comme on le fait pour les plaies extérieures, avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure affaibli, et la guérison est plus ou moins rapide.

FIN DU TOME CINQUIÈME.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
CHAPITRE XXX. — Maladies de l'oreille.	1
<i>Article 1^{er}. — Maladies de l'oreille externe.</i>	<i>ib.</i>
§ 1 ^{er} . — Maladies du pavillon de l'oreille.	2
§ 2. — Maladies du conduit auditif.	6
§ 3. — Maladies de la membrane du tympan.	25
<i>Article 2. — Maladies de l'oreille interne.</i>	27
§ 1 ^{er} . — Maladies de la trompe d'Eustache.	<i>ib.</i>
§ 2. — Maladies de la caisse du tambour.	34
§ 3. — Maladies du labyrinthe et du nerf auditif.	38
CHAPITRE XXXI. — Des maladies du nez et des fosses nasales.	41
<i>Article 1^{er}. — Des maladies du nez.</i>	<i>ib.</i>
§ 1 ^{er} . — Plaies du nez.	<i>ib.</i>
§ 2. — Tumeurs du nez.	43
§ 3. — Ulcères du nez.	44
§ 4. Vices de conformation du nez.	48
<i>Article 2. — Maladies des fosses nasales.</i>	64
§ 1 ^{er} . — Corps étrangers dans les narines.	<i>ib.</i>
§ 2. — Inflammation de la membrane pituitaire.	66
§ 3. — Ulcères de la membrane pituitaire.	68
§ 4. — Hémorrhagie nasale, ou épistaxis.	74
§ 5. — Polypes des fosses nasales.	76
§ 6. — Épaississement de la membrane muqueuse du nez.	101
<i>Article 3. — Maladies des sinus maxillaires.</i>	103
§ 1 ^{er} . — Plaies du sinus maxillaire.	<i>ib.</i>
§ 2. — Inflammation du sinus maxillaire.	104
§ 3. — Hydropisie du sinus maxillaire.	<i>ib.</i>
§ 4. — Abscès du sinus maxillaire.	109
§ 5. — Polypes du sinus maxillaire.	116
§ 6. — Fistules du sinus maxillaire.	119
§ 7. — Nécrose du sinus maxillaire.	121
§ 8. — Exostose des parois du sinus maxillaire.	122
§ 9. — Corps étrangers dans le sinus maxillaire.	126