

sans doute par suite d'une contraction du corps utérin ou d'une action vaso-motrice réflexe. Mais on n'obtient ainsi qu'un court répit.

J'en dirai autant des injections intra-utérines de perchlorure de fer, qui ne sauraient donner lieu qu'à une amélioration temporaire, quoiqu'on ait publié des *guérisons*, après leur emploi; les malades n'ont pas été suivies assez longtemps après pour que ces observations soient probantes.

En cas d'hémorrhagie inquiétante, on peut être amené à pratiquer le tamponnement vaginal; il doit être fait soit avec des tampons de coton aluné (voir p. 84), soit avec de grandes lanières de gaze; on n'emploiera pas la gaze iodoformée ordinaire, qui est trop perméable, mais la gaze phéniquée de Lister, qui contient de la colophane. Il est bon de la saupoudrer d'iodoforme.

Je signalerai un moyen palliatif qui a donné de bons résultats à Fritsch¹ et que j'ai vu employer par Martin. Je veux parler de la ligature des artères utérines. Elle peut être pratiquée en masse sans incision du vagin, à travers les culs-de-sac. Fritsch recommande, pour plus de sûreté, d'inciser ceux-ci de chaque côté du col, dans une étendue de trois centimètres: on rencontre d'abord deux rameaux vaginaux, qu'on lie, puis plus profondément on coupe le tronc même de l'artère utérine dont on lie, à ciel ouvert, les bouts sectionnés. Je ne serais pas éloigné de procéder de la sorte, en cas urgent.

Le meilleur hémostatique dans la métrite hémorrhagique et en même temps le traitement curatif, c'est le curettage. Il sera pratiqué le plus tôt possible, suivant les règles que j'ai indiquées, et suivi d'une injection de perchlorure de fer (à 50 degrés). On peut opérer en pleine hémorrhagie; j'ai très souvent vu celle-ci s'arrêter instantanément après le curettage, ce que j'attribue non seulement à la destruction de la surface saignante, mais aussi à la contraction que le grattage provoque dans la paroi musculaire et dans les vaisseaux. Une seule injection intra-utérine est généralement suffisante. La guérison est ainsi rapidement obtenue.

Il est de ces cas rares, qualifiés du nom de métrite hémorrhagique, où tous les moyens échouent, et où la métrorrhagie persiste et menace les jours de la femme. C'est à ces cas-là qu'on n'a pas craint d'appliquer comme *ultima ratio*, la castration (pour amener une ménopause artificielle), et même l'hystérectomie vaginale², destinée à tarir la source même de l'écoulement. Il n'est pas démontré que les

¹ FRITSCH. *Deutsche Chir.*, Lief. 56, p. 545.

² L. LANDAU. *Discussion à la Société gyn. de Berlin*, 24 juin 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 31, p. 498). — A. MARTIN (*Traité clinique des mal. des femmes*, trad. franç., 1889, p. 656) dut, dans un cas, successivement pratiquer la castration, puis l'hystérectomie pour des hémorrhagies incoercibles, causées par une endométrite glandulaire.

Traitement
curatif.

Castration.
Hystérectomie
vaginale.

cas ainsi traités avec succès n'aient pas été relatifs à une hémorrhagie provoquée par une altération méconnue des annexes, avec pseudo-métrite symptomatique. Quoi qu'il en soit, on ne saurait proscrire cette suprême ressource dans les occasions où tout autre moyen est demeuré impuissant et où il y a véritablement une indication vitale.

Métrite douloureuse chronique. — Les saignées locales par scarification du col ont une application fréquente dans la métrite douloureuse chronique; ici, ce n'est pas seulement l'effet antiphlogistique immédiat qu'on recherche, mais l'évacuation des petits kystes superficiels et profonds qui criblent parfois le col utérin, et après avoir été un des effets de l'inflammation, entretiennent à leur tour l'état congestif. Quant aux cautérisations avec le fer rouge ou le thermo-cautère, et en particulier quant à l'ignipuncture, si préconisée par quelques auteurs et dont je suspecte les services, je les crois très inférieures aux ponctions et scarifications avec le bistouri: les cicatrices qui succèdent à leur emploi ajoutent, en effet, à la sclérose du col et favorisent la dégénérescence kystique, le rétrécissement du canal cervical, et la compression des filets nerveux, origine de réflexes morbides.

On se trouvera bien des pansements antiphlogistiques, résolutifs et antiseptiques, consistant dans l'application sur le col d'un badigeonnage de *teinture d'iode*, suivi de l'application du *tampon glycéro-riné* très légèrement iodoformé. Certains chirurgiens emploient la glycérine, contenant 5 pour 100 d'iodure de potassium; je n'y vois aucun avantage réel.

Il ne faut pas confondre l'application d'un simple tampon glycéro-riné agissant par le médicament qui l'imprègne avec le tamponnement complet du vagin, ou sa columnisation, comme disent les Américains (p. 85). Je rappelle que celui-ci a été recommandé d'abord par Bozeman, puis prôné par Taliaferro¹, qui en a généralisé l'emploi: c'est pour beaucoup de gynécologistes américains un moyen souverain contre la métrite chronique et les exsudats périmétritiques. La colonne de coton (ordinaire) qui remplit le vagin serait aux viscères ce que le bandage élastique est aux parties molles (Engelmann)². Elle donne un soutien à l'utérus et aux ovaires, empêche la traction sur les ligaments et provoque la résorption des produits plastiques.

Pallen, jugeant le coton insuffisant, n'hésite pas à remplir le vagin d'argile. Reeves Jackson repousse le coton, qui se tasse, et emploie la laine dégraissée, plus élastique. Tout en faisant la part des exagé-

¹ V. H. TALIAFERRO (d'Atlanta). *On the application of pressure in diseases of the uterus*, 1878.

² G. J. ENGELMANN. *Dry treatment in gynecology* (*Amer. Journ. of Obst.*, 1887, vol. XX, p. 561 et 685). Voir la discussion à la *Gyn. Soc. of Chicago*. — *Ibidem*, p. 649 et suiv.

Traitement
de la métrite
douloureuse
chronique.

Scarifications.

Ignipuncture.

Pansements.

Tamponnement
antiphlogistique.

rations, on aurait tort de ne pas tenir grand compte du rôle mécanique des tampons. Je me suis souvent très bien trouvé, même sans qu'il y eût à corriger une déviation utérine, de placer avec soin une série de petites masses de coton glycérimé autour du col, dans les culs-de-sac, en les tassant légèrement, de manière à former un bourrelet analogue à un pessaire en gimblette. La meilleure position à donner à la malade pour ce pansement est la genu-pectorale, qui permet l'ascension des viscères et assure mieux leur soutien ultérieur. On peut laisser les tampons en place 4 à 5 jours, si l'on a eu soin d'ajouter à la glycérine un peu d'iodoforme. Martin¹ se défie beaucoup trop de l'iodoforme employé dans le vagin; il peut, il est vrai, donner lieu à des accidents si l'on en continue trop longtemps l'usage. On devrait en cesser l'emploi aux moindres symptômes d'absorption: malaises généraux, douleurs de tête, dégoût des aliments, altération de l'urine. Mais on n'observera jamais ces fâcheux effets si l'on use de l'iodoforme avec précaution, d'une façon discontinue, si l'on évite la constipation, qui m'a paru tout spécialement prédisposer à l'absorption de ce médicament.

Injections
chaudes.

Les injections chaudes seront souvent d'un grand secours, et cela dans deux circonstances: dans les cas où la métrite chronique est compliquée d'inflammation périmétritique plus ou moins accentuée, et lorsque les malades, très sensibles, se plaignent de vives douleurs, comme dans les cas que Lisfranc appelait *hystéralgie, métrite chronique sans hypertrophie*, et que Routh a qualifiées du nom expressif d'*utérus irritable*. J'ai obtenu des résultats excellents en pareille circonstance, et je ne saurais trop recommander cette application spéciale des irrigations chaudes².

Electricité.

Certains praticiens ont obtenu une grande amélioration des douleurs par l'électricité³, en introduisant dans l'utérus l'excitateur bipolaire.

Massage utérin.

Le massage a été préconisé dans la métrite chronique, comme dans les prolapsus, les déplacements, les inflammations chroniques périmétritiques, etc. Il faut distinguer le massage général, sorte de gymnastique passive, qui favorise la nutrition, et qui, pratiqué avec méthode ne saurait être qu'utile, et le massage local ayant pour but de décongestionner l'organe malade et de le faire diminuer de volume par la manipulation. Ce massage local se pratique à l'aide de deux ou trois doigts introduits dans le vagin ou dans le rectum soutenant la face postérieure de l'utérus, tandis que l'autre main

¹ A. MARTIN. *Path. und Chir. der Frauenk.*, 1887, p. 243.

² DE TORNERY. *De l'emploi de l'eau chaude en gynécologie* (*Annal. médico-chir.*, juillet-août 1888).

³ APOSTOLI. *Sur un nouveau traitement de la métrite chronique*, etc. Paris, 1887.

appuyée sur le pubis exerce des pressions douces et progressives, de manière à opérer une sorte de pétrissage. Malgré la vogue dont ce moyen jouit en Suède⁴, malgré les bons effets publiés par Reeves Jackson, Runge, Prochownik⁵, etc., j'ai pour ma part hésité jusqu'ici à me servir de cette arme à double tranchant qui peut si facilement réveiller des accidents aigus, au niveau de l'utérus ou dans son voisinage. Je ne saurais cependant proscrire un procédé thérapeutique qui est vanté par des gynécologues sérieux et que je n'ai pas expérimenté. Je me borne à formuler des réserves.

Reste un grand nombre de métrites douloureuses chroniques pour lesquelles tous les moyens sont restés impuissants, le col demeure gros, turgescence, dur et mamelonné malgré les scarifications, les applications topiques et les cures thermales; le corps est augmenté de volume, lourd et douloureux au ballottement; les malades sont des infirmes que la moindre marche abat, auxquelles tout exercice est pénible. C'est à ces cas-là que la chirurgie peut rendre les plus grands services par une petite opération qui agit sur le col et réagit sur le corps, je veux dire l'amputation du museau de tanche.

L'amputation du col dans les métrites a une histoire déjà longue; Lisfranc en a usé et abusé⁶. Depuis lors, une réaction légitime s'était faite contre cet excès, et l'opération était complètement tombée en discrédit. On peut dire que c'est à Ch. Braun, de Vienne⁷, que revient le mérite de l'avoir relevée et assise sur une base véritablement scientifique. L'œuvre capitale de Braun a été de signaler la modification du corps, son involution, provoquée par le contre-coup de l'opération cervicale. A la suite d'amputations du museau de tanche hypertrophié, Braun observa une énorme diminution de volume du corps de l'utérus. L'autopsie d'une de ses anciennes opérées lui parut démontrer que cette régression était due à la métamorphose graisseuse du tissu conjonctif hypertrophié, opinion d'ailleurs très contestable; il est fort possible qu'elle soit due, moins à la décongestion produite par la perte de sang qui résulte de l'opération et au repos consécutif au lit, qu'à une véritable action réflexe vaso-motrice et trophique, amenée par le traumatisme cervical. Quelle qu'en soit

Amputation
et résection
du col.

⁴ BRANDT. *Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement utérines*. Stockholm, 1868.

⁵ REEVES JACKSON. *Uterine massage, etc.* (*Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, 1880, vol. V, p. 80). — OTTO RUNGE. *Beiträge zur Massage des Unterleibs*, etc. (*Berl. klin. Wöch.*, 1882, n° 25, p. 584). — PROCHOWNIK. *Ueber Massage in der Gynäkol.* (*Bericht der deutschen Naturforscher in Magdeburg*, 1884, p. 229.)

⁶ ROCHARD. *Histoire de la chirurgie française au XIX^e siècle*, p. 262.

⁷ C. BRAUN. *Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien* (*Wien. med. Jahrb.*, 1864). — Les mêmes idées sont reproduites, sans notables changements, dans le traité du même auteur: *Lehrbuch der gesamten Gynäkologie*. Vienne, 1881.

la véritable explication, le fait même de la diminution de volume de l'utérus, après toutes les opérations sur le col, est indéniable, et j'ai eu l'occasion de l'observer très souvent, à la suite des opérations de Simon, de Schröder ou d'Emmet. Le travail de Braun n'avait eu que peu de retentissement, et c'est, en réalité, Aug. Martin¹ qui a montré le grand parti qu'on pouvait en tirer en thérapeutique, et qui a adopté une technique bien supérieure à celle de son prédécesseur qui employait l'écraseur et le galvano-cautère.

On peut dire que l'amputation est indiquée, comme *ultima ratio*, dans les cas de métrite chronique avec augmentation de volume du corps. En outre, dans les cas de sclérose marquée du col, elle rend à l'orifice externe un calibre et une souplesse qui font cesser la dysménorrhée, causée parfois par la rigidité et l'étroitesse de ce segment de l'organe.

Une contre-indication formelle à l'opération serait une inflammation périmétritique aiguë; mais je ne considère pas, comme une contre-indication absolue, l'existence d'une ancienne périmétrite éteinte, ayant laissé des reliquats, des dépôts plastiques, des brides autour de l'utérus. Il faut pourtant craindre de voir le foyer ancien se rallumer à la suite d'une opération même parfaitement antiseptique, pratiquée sur l'utérus, qu'il s'agisse d'une amputation du col, d'un curettage ou d'un simple abaissement. On devra donc, sinon toujours s'abstenir d'intervention sanglante en pareils cas, au moins toujours être sur ses gardes et surtout bien s'assurer, avant de s'attaquer au col, que ce n'est pas plutôt dans les annexes ou les adhérences qu'on doit aller rechercher la source des accidents.

La technique opératoire de l'amputation du col de l'utérus a été très perfectionnée et très simplifiée en même temps par l'emploi de l'instrument tranchant. Les craintes d'hémorragie étaient légitimes à une époque où l'on opérait laborieusement, au fond du vagin. Aussi, n'osait-on amputer le col qu'avec des moyens d'exérèse hémostatiques : ligature extemporanée, écraseur linéaire, galvano- ou thermo-cautère. La compression préalable du col avec un anneau de caoutchouc, que préconisent encore quelques gynécologues, atteste la même prudence exagérée. Quand on opère rapidement, la perte de sang est insignifiante et la suture l'arrête vite et complètement; il faut seulement avoir soin de serrer énergiquement les nœuds, et d'en superposer trois quand on emploie le catgut.

Je ne m'attarderai pas à décrire des procédés que je réprouve. Toute section par écrasement ou par instrument incandescent a, du reste, cet inconvénient majeur de donner fatalement lieu à une cic-

¹ AUG. MARTIN. *Verhandl. d. Naturforschersch. in Cassel*, 1878 (*Centr. f. Gyn.*, 1878, p. 466).

trice inodulaire, à rétraction concentrique, aboutissant à la sténose. Les amputations circulaires sans lambeaux, *en rave*, soit avec le bistouri, soit avec une sorte de guillotine analogue à l'amygdalotome, exposent au même inconvénient, bien qu'à un moindre degré, mais sont dangereuses, vu la difficulté de l'hémostase.

Pour l'amputation du col de l'utérus, les seuls procédés recommandables sont ceux qui permettent, par l'affrontement exact et la soudure parfaite des muqueuses sectionnées, la reconstitution d'un orifice utérin non susceptible de se rétrécir. Deux procédés de ce genre peuvent être employés, selon les indications spéciales : 1° l'amputation à deux lambeaux (pour chaque lèvre); 2° l'amputation à un lambeau (qu'on peut graduer à volonté, de manière à ne faire au besoin qu'une simple excision de la muqueuse interne).

1° Amputation du col à deux lambeaux (excision conique ou à lambeaux coniques). — Ce procédé, indiqué d'abord par Simon, porte générale-

Amputation
du col à deux
lambeaux.

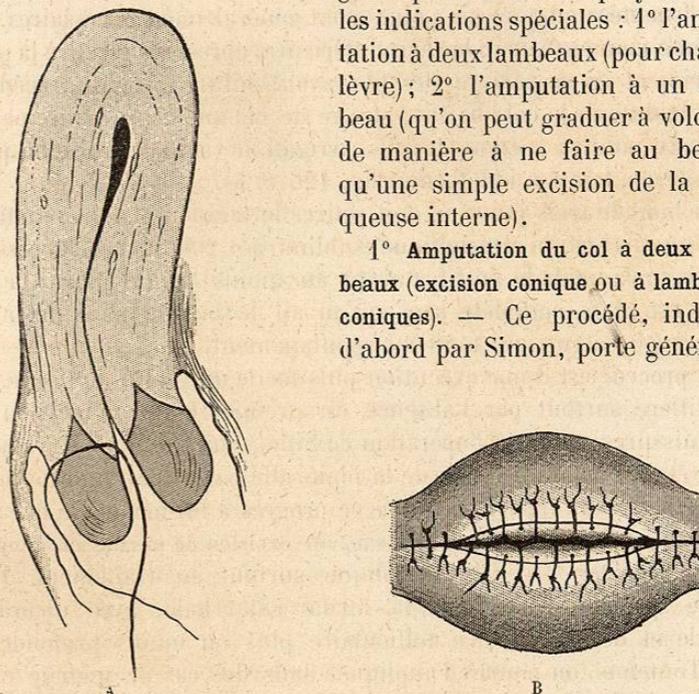


Fig. 126. — Amputation du col à deux lambeaux (Simon).

A. Vue, sur une coupe, du tracé des lambeaux (un fil passé à gauche montre le mode de réunion). — B. Col amputé et suturé, vu de face.

ment le nom de Marckwald, qui l'a le premier méthodiquement décrit¹. On doit y avoir recours quand la muqueuse interne du col n'est pas malade et n'a pas besoin d'être excisée.

Voici l'indication sommaire de la technique : Anesthésie. Malade dans la position de la taille : vagin irrigué; fourchette abaissée à l'aide d'une courte valve. Irrigation continue, faite à faible jet par

¹ MAX MARCKWALD. *Arch. f. Gyn.*, 1875, Bd. VIII, p. 48.

un aide, soit au moyen du spéculum à irrigation de Fritsch, soit avec une longue canule tenue par l'aide, à pleines mains, avec la pince fixatrice. Incision des commissures du col jusqu'au cul-de-sac avec un gros bistouri convexe ou de forts ciseaux. Incision de la lèvre antérieure, allant de la muqueuse interne vers la profondeur en obliquant de bas en haut. Deuxième incision partant de la muqueuse externe et allant rejoindre la précédente de manière à intercepter un segment conique de la lèvre antérieure, à base inférieure, à sommet supérieur. Suture des deux lambeaux ainsi obtenus avec une forte aiguille munie de catgut; avoir soin de faire cheminer l'aiguille sous toute la surface cruentée; cinq ou six points sont généralement nécessaires.

Même manœuvre sur la lèvre inférieure, après avoir retiré la pince fixatrice et en se servant des fils, ayant suturé la lèvre précédente pour maintenir le col abaissé; suture de chaque commissure par un ou deux points; section des fils, irrigation vaginale, mise en place de l'utérus, tampon iodoformé (fig. 126, A B).

Au bout de trois jours on doit retirer le tampon et faire, matin et soir, une irrigation antiseptique (sublimé à 1/2000). Il est nécessaire de laisser la malade au lit, durant au moins quinze jours; la guérison est alors complète sans qu'on ait besoin de s'inquiéter des sutures au catgut, qui tombent spontanément.

Ce procédé est d'une exécution plus facile que celui de Hegar, qui en diffère surtout par l'absence du premier temps, l'incision des commissures; quant à l'opération de Sims, où la muqueuse vaginale seule était cousue au-dessus de la plaie, elle constituait un progrès au moment de son apparition, mais ce progrès a lui-même été dépassé.

2° Amputation du col à un lambeau, ou excision de la muqueuse (opération de Schröder). — Elle s'applique surtout au traitement d'une forme spéciale de métrite, la forme catarrhale, avec ulcération rebelle et dégénérescence folliculaire plus ou moins profonde du col. Toutefois, on pourra l'appliquer dans des cas de métrite chronique, lorsqu'elle paraît plus commode, par suite de la configuration ou de la consistance du col. Je la décrirai ici pour ne pas scinder l'exposé des procédés opératoires.

Ce procédé, qui appartient à Schröder¹, s'est très rapidement vulgarisé à l'étranger, et commence à être appliqué en France, où j'ai été l'un des premiers à l'employer².

¹ C. SCHRÖDER. *Charité-Annalen*, 1878, t. V, p. 545. — *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. III, p. 419.

² ROJECKI. Thèse de Paris, 1887, n° 205. — CHANTELOUBE. Thèse de Paris, 1888, n° 71. — PAUL PETIT. *De l'amputation sus-vaginale du col, suivant le procédé de Schröder*. (*Nouv. Arch. d'obstét. et de gyn.*, 1891, p. 97.)

DOLÉRIS, dans l'espoir de ménager le col, attaque toute la muqueuse intra-cervicale avec un instrument appelé *herse*. Celle-ci pénètre profondément dans les tissus, entame

Amputation
du col
à un lambeau
(Schröder).

Son exécution est un peu plus difficile que celle du précédent. Le col est rendu accessible de la même manière que ci-dessus, et l'incision bilatérale est faite pareillement. A partir de ce moment, voici la modification opératoire: incision transversale de la muqueuse interne de la lèvre antérieure et incision demi-circulaire de la muqueuse externe cernant une lamelle de tissu du col qui est disséquée, en dédolant jusqu'au niveau de l'incision transversale interne

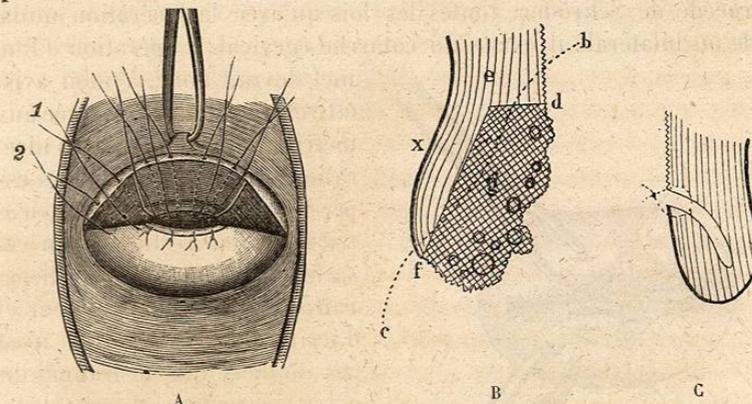


Fig. 127. — Amputation du col à un lambeau ou excision de la muqueuse (opération de Schröder).

A. Suture de la lèvre antérieure, placement des fils (1 et 2 représentent les fils des commissures). — B. Tracé des incisions sur une coupe; *d. e.* incision transversale: en *e* aboutit une incision *f e* qui cerne l'ulcération et la détache à sa base. — *b c* Trajet d'une des sutures. — *g* Culs de Naboth. — *x* Point d'où partirait l'incision externe dans le cas d'amputation à deux lambeaux. — C. Disposition du lambeau après la suture.

où la lamelle se trouve complètement détachée; on donne à celle-ci une épaisseur variable, selon l'hypertrophie ou l'altération des tissus; renversement en dedans, *entropion*, du lambeau extérieur ainsi obtenu; suture de ce lambeau à la muqueuse interne par cinq ou six points au catgut; l'aiguille courbe doit cheminer au-dessous de toute la surface cruentée; deux ou trois points plus superficiels complémentaires sont ordinairement nécessaires. Même dissection et même suture sur la lèvre postérieure: on peut, pendant ce temps, se servir, pour maintenir le col, du faisceau des fils précédemment passés dans l'autre lèvre; suture des commissures, etc., comme ci-dessus (fig. 127).

Parfois, on trouvera avantage, selon la conformation du col, à appliquer le procédé à deux lambeaux à l'une des lèvres et le procédé à un lambeau à l'autre.

la muqueuse et dilacère les culs-de-sac glandulaires. L'index et le médius de la main gauche sont placés d'abord dans le cul-de-sac droit, sur la partie latérale droite du col. Ces deux doigts empêchent le col de fuir sous l'action de la herse, quand l'instrument, introduit jusqu'à l'orifice interne, va labourer de haut en bas la portion droite de la muqueuse intra-cervicale. Voir PICHEVIN. *Gaz. des Hôp.*, avril 1890, n° 46, p. 427. — Je crois ce procédé infidèle et très inférieur à l'amputation de Schröder.

Il est bon généralement de faire précéder ou suivre cette opération d'un curetage du corps utérin dont la muqueuse est toujours plus ou moins altérée. Je fais, pour ma part, ce curetage en dernier lieu pour ne pas être gêné par le suintement sanguin et pour ne pas opérer sur un col racorni par l'injection du perchlorure.

La trachelorrhaphie ou opération d'Emmet¹ doit, comme je l'ai dit, céder le pas à l'excision de la muqueuse ou amputation du col, selon le procédé de Schröder, toutes les fois qu'avec la lacération unilatérale ou bilatérale il existe du catarrhe cervical. L'opération d'Emmet devrait donc, à mon avis,

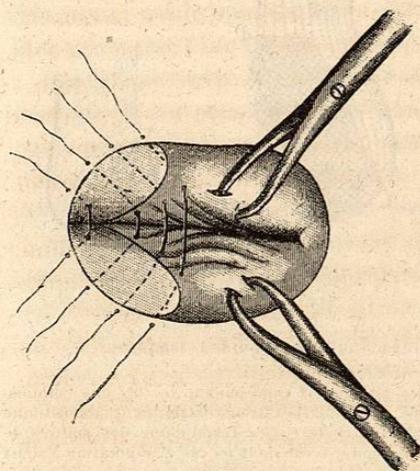


Fig. 128. — Opération d'Emmet (trachelorrhaphie).

être exclusivement réservée aux métrites chroniques, sans ulcération du col. On peut alors espérer, en enlevant le tissu cicatriciel et en restituant au col sa forme normale, faire disparaître une cause de douleur et d'irritation. De plus, il n'est pas douteux que le trauma du col a généralement une heureuse influence sur le corps utérin, dans le cas d'avivement comme dans le cas d'amputation. Cette dernière conséquence est même, peut-être, la plus importante

dans l'interprétation des succès obtenus².

La malade endormie, les aides sont disposés comme pour l'amputation du col. Celui-ci est abaissé avec des pinces (les Américains préfèrent deux fils, passés à travers les lèvres). Une pince saisit le col au niveau de la lèvre antérieure, près de la déchirure, l'autre au niveau de la lèvre postérieure dans le point symétrique; on dissèque alors d'une seule pièce tout le rebord de la déchirure, en ayant soin de bien pénétrer au fond de l'angle et d'enlever tout le tissu cicatriciel (Emmet). On égalise la plaie, si c'est nécessaire, avec des ciseaux courbes à avivement. On passe alors un premier fil avec une aiguille forte et très courbe, près de l'angle de la plaie; le fil transperce toute l'épaisseur des lèvres à 2 millimètres de la surface externe du col et à 1 millimètre de l'interne; il vaut mieux immédiatement nouer chaque

¹ Pour l'histoire de cette opération consulter: HOUZEL. *Note sur l'opération d'Emmet* (*Annal. de Gyn.*, oct.-nov. 1888, vol. XXX, p. 241, 351.)

² Cette action en retour sur le tissu utérin peut être assez prononcée pour amener parfois une surinvolution. — VIRGIL. O. HARDOX (*Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1888, t. XXI, p. 1009) en a cité deux cas (qui ont été guéris, dit-il, par la faradisation).

suture à mesure qu'on la place, de façon à assurer une exacte coaptation. Cinq à six sutures sont ainsi passées successivement. Je me sers de catgut dont l'élimination est très rapide; on doit avoir à sa disposition du catgut de deux grosseurs et on se servira des fils plus fins pour les sutures complémentaires que rend surtout nécessaires l'extension de la déchirure jusqu'au cul-de-sac vaginal (fig. 128).

Dans ces derniers temps, il s'est produit, sous l'impulsion de Lawson Tait, chez les gynécologues, une réaction contre les avivements avec perte de substance dans toutes les opérations plastiques. On a appliqué à la trachelorrhaphie le principe du *dédoublement*. Sanger et Fritsch¹ conseillent de procéder ainsi: excision de l'angle supérieur, puis dédoublement d'une partie de la lèvre de la déchirure par une incision faite de haut en bas; suture à la surface externe seule. Je considère cette manière d'agir comme défectueuse, en ce qu'elle respecte les tissus scléreux qu'il s'agit précisément d'exciser avec le plus grand soin,

Un tampon iodoformé laissé en place trois jours suffit comme pansement. Après ce délai, on prescrira des irrigations antiseptiques vaginales matin et soir et le repos au lit durant quinze jours.

Quand la déchirure est bilatérale, il est presque impossible, en pratiquant la trachelorrhaphie des deux côtés de ne pas rétrécir le canal cervical. Je préfère alors faire l'opération de Schröder qui est, dans ces conditions, beaucoup plus expéditive et permet d'enlever plus largement les tissus sclérosés.

Après toute intervention de ce genre, il est bon d'explorer la cavité utérine avec la curette, et, si la muqueuse en est molle et friable, de faire un curetage complémentaire qui ne complique en rien l'opération principale.

Il est peu d'opérations qui aient eu des partisans et des détracteurs aussi passionnés que la trachelorrhaphie. Tandis que certains auteurs l'accusaient de produire la stérilité et de compliquer le travail², d'autres la prênaient comme remède contre la stérilité³ et d'autres enfin n'hésitaient pas à pratiquer l'opération même chez des femmes enceintes, démontrant, au moins, par cette témérité son innocuité parfaite⁴.

Il me paraît incontestable que la trachelorrhaphie, bien faite, ne peut avoir aucun mauvais résultat alors même qu'elle n'aurait pas

¹ SINGER. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 769. — FRITSCH. *Ibid.*, p. 804.

² P. J. MURPHY. *Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1883, t. XVI, p. 28, et juin 1884, t. XVII, p. 625.

³ B. F. CURTIS. *New-York med. Journ.*, 1886, t. XLIV, p. 695.

⁴ DOLÉRIIS. *Déchirure bilatérale du col chez une femme enceinte. Opération d'Emmet sans trouble de la grossesse* (*Congrès méd. de Washington*, sept. 1887, anal. in *Répert. univ. de gyn. et d'obst.*, 1888, p. 137). Cet auteur dit avoir obtenu plusieurs succès dans des circonstances semblables.

d'avantages; il est très probable, en effet, qu'on l'a souvent inutilement pratiquée.

Les diverses opérations plastiques sur le col utérin (amputation, résection, suture de déchirures) ne sauraient compromettre sa dilatabilité, car elles donnent lieu à des cicatrisations primitives, sans production de tissu inodulaire inextensible. De très nombreuses observations viennent à l'appui de cette considération théorique et prouvent que l'on n'a à craindre ni stérilité ni dystocie¹.

Castration.

La castration peut-elle être légitimement pratiquée pour une métrite chronique? Je n'hésite pas à répondre par la négative. Toutefois, il y a peut-être une querelle de mots entre ceux qui repoussent et ceux qui acceptent ce moyen radical; il suffit d'analyser soigneusement certains cas publiés² pour voir que la castration a dû ses plus incontestables succès à ce qu'on l'a pratiquée, bien moins contre la lésion utérine, que contre des altérations très caractérisées des annexes (péri-oophorite, péri-salpingite), ayant succédé à des métrites invétérées ou mal traitées. Dans ces conditions, la métrite passe au second plan et le traitement institué ne vise en somme que la complication devenue l'élément morbide prépondérant. Mais, sur la seule indication des exacerbations douloureuses, survenant à chaque menstruation, pratiquer d'emblée l'ablation des ovaires et des trompes, afin d'établir une ménopause artificielle³, c'est, assurément, donner à la castration une extension exagérée. Dans nombre de cas de ce genre on ne paraît pas avoir épuisé tous les moyens de traitement conservateurs, avant d'en venir à un procédé thérapeutique qui n'est légitime que lorsqu'il est indispensable.

Hystérectomie.

Péan⁴ a fait plusieurs fois l'hystérectomie vaginale, qu'il qualifie alors de *castration utérine*, pour des métrites douloureuses quand elles s'accompagnaient, dit-il, de « ces états morbides décrits sous le nom de névralgies utéro-ovariennes, qui ont résisté à tous les moyens médicaux ». Il a constaté, en effet, que la *castration ovarienne* seule, faite dans ces conditions, n'arrêtait pas toujours les douleurs, « comme si l'utérus eût été un centre d'où partaient des actions réflexes, indépendantes de celles qui prenaient naissance dans les annexes ». Chez les malades auxquelles il a, par contre, enlevé l'utérus et laissé les annexes, les résultats ont paru préférables. On le voit, Péan ne tend à rien moins qu'à substituer l'hystérectomie vaginale à l'opération de Battey, dans les cas d'inflamma-

¹ A. DUCASSE. *De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachelorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus*. Thèse de Paris, 1889.

² H. FRITSCH. *Deutsche Chir.*, Lief., 56, p. 545.

³ KELLY. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 180.

⁴ PÉAN. *Indication de la castration utérine et de la castration ovarienne* (*Gaz. des Hôp.*, 1886, p. 1170, et *Leçons de clin. chir.*, 1888, t. VI, p. 218).

tion chronique et douloureuse de l'appareil utéro-ovarien. Il reconnaît, du reste, qu'après l'ablation de l'utérus on peut être obligé d'ouvrir le ventre pour enlever les annexes altérées et difficiles à atteindre par la voie vaginale.

Il ne me paraît pas prouvé que l'opération complémentaire n'eût pas dû précéder, en pareil cas, l'opération principale, et ne l'eût pas souvent rendue inutile.

L'hystérectomie vaginale a été maintes fois pratiquée par d'autres chirurgiens contre des métrites rebelles hémorragiques ou douloureuses. Il y a eu là certainement des abus opératoires. Cependant une pareille conduite n'est pas toujours injustifiée. Les recherches les plus récentes ont démontré que toute métrite glandulaire hypertrophique qui résiste, pendant plusieurs mois, à une série de curetages, montre par cela même une tendance à se transformer en épithélioma. Ce sont de pareils faits qui ont été qualifiés d'*adénome* par les Allemands, et qui forment la transition entre l'hyperplasie (*adénome bénin*) et les débuts du cancer (*adénome malin*). Le curetage explorateur ne suffit pas toujours à lever les doutes¹, et si les indications positives qu'il donne, quant à la constatation d'un épithélioma, sont décisives, les indications négatives ne le sont pas (les glandes n'ayant pu être ainsi examinées dans toute leur profondeur)². On doit donc donner ici une part prépondérante à la clinique. Toutefois, on ne saurait user avec trop de réserve de l'hystérectomie dirigée contre une *tendance cancéreuse* de l'endométrie et non contre une dégénérescence avérée.

¹ CORNIL ET BRAULT. *Note sur les lésions de l'endométrie chronique* (*Bull. de la Soc. anat.*, janv. 1888, p. 57).

² P. VALAT. *De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus*. Th. de Paris, 1889, p. 55.