

2° Il n'est pas possible d'en reconnaître l'existence seulement au toucher.  
3° Ils peuvent même échapper à l'examen au spéculum, et il faut un instrument pour écarter les lèvres de l'orifice (fig. 127).

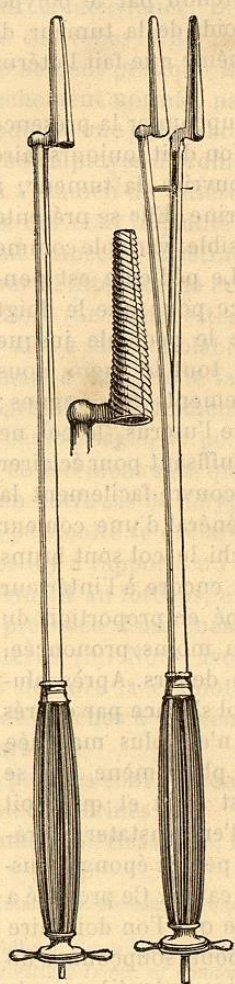


Fig. 127. — Petit spéculum ou dilatateur utérin de Jobert (de Lamballe), modifié par M. MATHIEU (\*).

4° Ils sont très souvent la cause d'ulcérations et d'hémorragies, et pour guérir ces complications, la première chose à faire est d'enlever le polype.  
5° Si un petit polype peut échapper à la vue, il faut d'autre part signaler une disposition spéciale de la lèvre antérieure du col utérin, par suite de laquelle on peut facilement prendre cette lèvre pour un polype.  
6° Les petits polypes de l'orifice utérin sont rarement solitaires, ils coïncident très souvent avec des polypes d'une autre région, très souvent aussi avec d'autres affections utérines, et principalement avec des tumeurs fibreuses.  
7° Ces petits polypes du col utérin, quand ils se rencontrent chez des femmes d'un âge avancé, et surtout s'ils ont un aspect vésiculeux, ne sont souvent que les précurseurs d'une affection maligne.  
8° De ce que les polypes sont fréquemment accompagnés d'ulcérations de l'orifice et du col utérin, et par suite même de la douleur concomitante et de l'altération de structure, on prend souvent ces polypes pour des cancers; cette erreur est surtout possible quand on examine la femme au moment où un polype volumineux est encore engagé dans le col et le distend fortement.  
9° Dans les cas de polypes volumineux, la ligature est le moyen le plus ordinairement préférable; il est moins rapide, mais plus sûr que l'excision. Le premier effet est en général d'arrêter l'écoulement, et finalement la guérison devient complète.  
10° Pour les polypes et excroissances polypeuses d'un petit diamètre, la torsion est préférable. Dans quelques cas, on peut aussi les détruire avec le caustique.  
11° Avec les polypes volumineux, la torsion est un procédé dangereux et qui ne doit pas être essayé.  
12° Même avec un polype volumineux et nettement pédiculé, l'excision entraîne toujours le danger d'une hémorragie grave.

(\*) Pour graduer l'écartement, M. Mathieu a fait l'instrument de deux pièces, comme le représente la figure de l'instrument vu ouvert. Entre les deux branches il y a une petite pièce articulée qui obéit à un écrou placé à la partie inférieure du manche. C'est en ouvrant cet écrou qu'on fait ouvrir ou fermer le spéculum. M. Blatin a conseillé de faire la partie dilatante en forme de vis, afin de faciliter l'introduction.

13° Dans les cas ordinaires de polypes bénins, quand il n'existe aucune autre affection utérine, l'ablation de la tumeur au moyen de la ligature est, dans le plus grand nombre des cas, suivie de succès, alors même que l'on devait en apparence avoir peu d'espoir.  
14° Dans les cas d'excroissances d'une nature maligne, telles que les excroissances en choux-fleurs, l'ablation par la ligature sera quelquefois suivie d'un succès complet, et même, le succès ne fût-il pas entier, le malade ne peut que retirer du profit de l'opération.  
15° Le point où un polype prend naissance entraîne une grande variété dans la manifestation des symptômes. Un polype de l'orifice donne lieu à moins de symptômes et à un écoulement beaucoup moins abondant que les polypes développés à l'intérieur de l'organe.  
16° Les tumeurs fibreuses qui ont pris naissance dans la substance de l'utérus peuvent descendre, de là passer à travers le col et former un polype ordinaire pédiculé dans le vagin.  
17° Dans le cas où il n'y a pas de produits de conception à l'intérieur de l'utérus, cette migration se fait lentement et peu à peu. Au contraire, dans les cas de grossesse, l'expulsion de la tumeur peut avoir lieu rapidement sous l'influence des contractions utérines.  
18° Un polype d'une dimension considérable peut faire sa première apparition immédiatement après l'accouchement. Enfin, la guérison d'un polype ancien qui était toujours accompagné d'un écoulement abondant peut entraîner des troubles généraux dans tout l'organisme, tels qu'on puisse redouter des congestions du côté de la tête.

#### § IV. — Diagnostic.

Il y a plusieurs maladies avec lesquelles le polype utérin peut être confondu, et il faut apporter le plus grand soin dans l'examen des malades pour éviter les erreurs. La petitesse de la tumeur, sa situation à l'intérieur de la cavité utérine, ajoutent à la difficulté du diagnostic. Il faut donc examiner soigneusement avec le doigt, avec le spéculum, et au besoin avec la sonde utérine.

Le diagnostic différentiel devra se faire :

I. *Avec la grossesse.* — Dans les cas de polypes, il n'y a aucun des phénomènes sympathiques de la grossesse; il n'y a aucun des phénomènes perçus par l'auscultation: on peut suivre, au contraire, le développement graduel de la maladie tel que nous l'avons exposé, et l'on voit enfin des hémorragies se répéter irrégulièrement.

II. *Avec la hernie vaginale.* — « Les hernies intestinales faisant saillie dans le vagin, dit le docteur Davis, sont, pour la plupart, très faciles à distinguer des polypes :

« 1° Par la sensation élastique et toute spéciale qu'elles présentent au toucher;

« 2° Par une extrême sensibilité, si on les touche avec le doigt, et à plus forte raison avec un instrument pointu ou tranchant;



« 3° Par leurs rapports avec la membrane muqueuse vaginale qui les recouvre, et que l'on reconnaît en général assez facilement à ses plis caractéristiques ;

« 4° Par le gargouillement particulier aux hernies ;

« 5° Par la réductibilité de leur volume à la moindre pression ;

« 6° Et enfin par l'absence complète des symptômes qui distinguent ordinairement les polypes (1). »

III. *Avec la cystocèle vaginale.* — La hernie de la vessie dans le vagin se distingue du polype vaginal par une sensation toute spéciale, qui rappelle de loin, sans être aussi prononcée, la mollesse et l'élasticité des hernies intestinales. De plus, la malade éprouve de la difficulté et même de la douleur à vider la vessie : l'urèthre a une direction tortueuse, ce que l'on constate facilement avec le cathétérisme. La tumeur présente un volume variable, suivant l'état de vacuité ou de plénitude de la vessie, et enfin, comme dans le cas précédent, elle est visiblement recouverte par la membrane muqueuse du vagin.

IV. *Avec le cancer utérin.* — La douleur vive qui précède l'ulcération dans les cas de cancers manque dans les polypes ; l'hémorrhagie se produit dans les deux affections ; mais dans les cas de cancers, l'hémorrhagie n'arrive qu'après l'ulcération, et avec les polypes il n'y a jamais d'ulcération. Si le pédicule est à portée, le diagnostic devient facile ; autrement, le microscope peut être mis à contribution.

V. *Avec les prolapsus utérins et l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.* — Dans le prolapsus, l'orifice de l'utérus est à la partie inférieure de la tumeur. Dans certains polypes, il y a bien quelque chose qui ressemble à un orifice ; mais, avec une sonde cannelée ou un cathéter, on reconnaît bien facilement la différence.

Dans les polypes, l'orifice de l'utérus est situé un peu plus bas qu'à l'état normal ; cependant il est encore dans le bassin ; dans les cas de prolapsus, au contraire, le doigt, à peine introduit dans le vagin, rencontre tout de suite cet orifice.

Presque tous les polypes sont insensibles, du moins à une certaine distance de leur pédicule, tandis que l'utérus est toujours sensible, quelle que soit sa position.

Enfin, avec les polypes, il y a des hémorrhagies concomitantes qui manquent dans les cas de prolapsus utérin : et, au contraire, la matrice en prolapsus est exposée à s'ulcérer, et les polypes ne s'ulcèrent pas.

VI. *Avec l'inversion de l'utérus.* — L'histoire de l'inversion est tout autre que celle des polypes : l'inversion se produit en général tout à coup après le travail, et s'accompagne d'hémorrhagie et d'un collapsus général.

(1) Davis's *Obstetric Medicine*, vol. II, p. 622.

Les polypes se développent lentement, et s'ils sont accompagnés d'hémorrhagies, ils ne sont pas accompagnés de collapsus général. L'inversion peut bien aussi se faire graduellement, mais c'est seulement dans les cas où elle est produite par une tumeur fibreuse ou un polype, et, en pareil cas, la présence de la cause productrice éclairera le diagnostic. Dans l'inversion, le doigt est arrêté par la réflexion des parois vaginales. Dans le polype, à moins que le pédicule ne soit trop volumineux, le doigt pénètre facilement dans le vagin et peut arriver jusqu'au col utérin.

La surface d'un utérus en inversion est raboteuse sous le doigt ; celle d'un polype est lisse et unie ; enfin, dans l'inversion, la sensibilité est plus grande et plus générale que dans le polype.

#### § V. — Pronostic.

Le pronostic doit toujours être considéré comme grave, tant que le polype est dans l'utérus ; la malade est toujours exposée à des hémorrhagies graves et à de sérieux accidents primitifs et secondaires. Si la tumeur n'est pas enlevée, elle peut amener une terminaison fatale, par suite de l'épuisement dans lequel elle jette la malade ; ou elle peut donner lieu à un prolapsus ou à une inversion ; elle peut empêcher la conception ou causer un avortement ; enfin, si la malade amène son enfant à terme, tous les dangers ne sont pas encore évités : l'accouchement peut être rendu très difficile par suite d'obstacles mécaniques ; ou une hémorrhagie fatale peut survenir, l'utérus ne pouvant se rétracter. En général, cependant, une fois le polype enlevé, la malade revient rapidement à la santé.

#### § VI. — Traitement.

L'élimination spontanée, dit Marchal (de Calvi) (1), est le terme générique qui désigne l'acte par lequel un polype est spontanément détruit ou séparé de son siège. Elle peut avoir lieu par *gangrène*, par *détachement*, par *expulsion*. Il est nécessaire d'expliquer la différence qui existe entre l'expulsion et le détachement. Dans l'*expulsion*, le mécanisme est absolument pareil à celui de l'accouchement ; le polype joue le rôle du fœtus : la matrice se contracte sur lui et l'expulse. Il faut, sans doute, qu'il y ait rupture du pédicule pour que l'expulsion ait lieu ; mais ce qui frappe, dans le phénomène, c'est l'action expultrice de l'utérus. Dans le *détachement*, il n'y a rien de semblable : c'est le col qui agit par son ressort sur le pédicule et qui sépare insensiblement le polype, ou bien c'est ce dernier qui, par son poids, allonge le pédicule et se détache.

(1) Marchal (de Calvi), *Observations et remarques sur la cure spontanée d'un polype utérin* (Ann. de la chirurgie française et étrangère. Paris, 1843, t. VIII, p. 385).



Il y a six modes d'élimination spontanée de ces polypes : 1° par destruction gangréneuse sur place ; 2° par accouchement du polype ou expulsion ; 3° par atrophie, ulcération ou gangrène du pédicule ; 4° par élongation, amincissement et rupture du pédicule ; 5° par suite du travail de l'accouchement ; 6° enfin par éradication soudaine. Dans ce cas, le polype est arraché violemment, instantanément, par suite d'un effort soudain. Le pédicule est comme tordu d'un seul coup sur lui-même.

M. Marchal, après avoir réuni 24 observations empruntées aux auteurs, a rapporté un cas d'élimination spontanée qu'il a eu occasion d'observer (1). La pièce que cet auteur présentait à l'Académie de médecine se présentait avec l'aspect représenté dans la figure 128.



Fig. 128. — Polype expulsé spontanément (\*).

Quand l'opération est nécessaire, la première question à se poser dans tous les cas où on a lieu de soupçonner un polype est celle-ci : la tumeur est-elle, oui ou non, à la portée des instruments ?

L'examen par le vagin éclaire ordinairement sur ce point ; mais il y a encore un grand nombre de cas dans lesquels le polype existe réellement sans qu'on puisse en acquérir la certitude. Dans ces cas, et dans ceux où le polype est situé trop haut pour qu'on l'opère ; dans ceux où il est trop volumineux pour passer à travers l'orifice de l'utérus, tous les efforts du chirurgien doivent tendre à modérer les accidents actuels, à soutenir la constitution et à provoquer, si c'est possible, la descente du polype. On tentera d'abord de diminuer les hémorrhagies au moyen d'injections astringentes, du tamponnement du vagin, et enfin de médicaments astringents administrés à l'intérieur. On peut ainsi obtenir déjà quelques résultats, mais, chez la plupart des malades, le soulagement n'est que partiel. C'est tout au plus si, par ces moyens, on permet à la malade d'attendre la descente du polype avec moins de dangers que si l'on n'eût rien fait. Il faut prescrire la nourriture la plus tonique possible. Afin de hâter l'expulsion du polype à travers l'orifice de l'utérus, il est à propos d'administrer l'ergot de seigle, dont l'action sera d'ailleurs très utile pour arrêter les hémorrhagies. Si le polype paraît et disparaît alternativement, on administrera encore l'ergot de seigle, et, au moment où il paraît hors de la matrice, on le saisit avec des pinces de Museux, droites ou courbes (fig. 129 et 131), ou avec la pince-érigne de Alph. Robert (fig. 130), on l'attire en bas et l'on pose une ligature.

Quand le polype est volumineux et ne peut passer qu'à grand'peine à

(1) Marchal (de Calvi), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1842-43, t. VIII, p. 658.

(\*) Il a un corps et un pédicule. Ce dernier est lisse d'un côté, et présente, de l'autre, une déchirure qui donne une idée de la manière dont le détachement s'est effectué. (MARCHAL, de Calvi.)

travers l'orifice utérin, Boivin et Dugès (1) recommandent des applications de belladone sur le col utérin, et Dupuytren (2) conseille l'incision

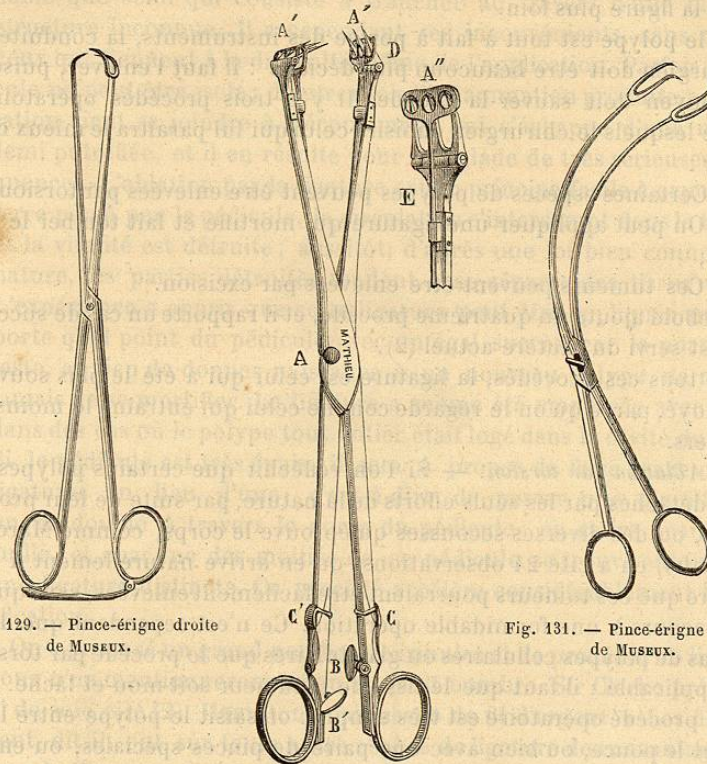


Fig. 129. — Pince-érigne droite de MUSEUX.

Fig. 131. — Pince-érigne courbe de MUSEUX.

Fig. 130. — Pince-érigne de ALPH. ROBERT (\*).

du col. J.-C. Lee (de New-York) a le premier fendu le col et appliqué une ligature sur le polype (3).

Si l'hémorrhagie est grave et que la malade se trouve dans un grand état d'épuisement, on peut aller lier le polype dans l'utérus même, à la condition toutefois que l'orifice soit dilatable. On maintient le polype

(1) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 356.

(2) Dupuytren, *Journal universel hebdomad. de médecine et de chirurgie pratiques*, juillet 1869, n° 42, et *Leçons orales de clinique chirurgicale*. Paris, 1838.

(3) J.-C. Lee, *American Med. Journ.*, 1855.

(\*) Cet instrument est formé par une longue pince à anneaux dont les branches s'articulent en A à la manière d'un forceps : A' A, trois dents mobiles autour d'une charnière ; D, plaque perforée de trous en face de chaque dent et destinée à rendre l'instrument mousse lorsque les dents A' sont dans l'axe des branches, comme en A'' ; BB', vis de rappel faisant mouvoir la tige E, et par suite la plaque A'' : celle-ci, en descendant jusqu'à l'insertion des dents, donne à celles-ci la direction A' ; CC, ressort destiné à maintenir immobile la tige E une fois que les dents de la pince ont pénétré dans la tumeur. Chaque branche peut isolément servir d'érigne, ou les deux peuvent être introduites rectilignes et mousses de chaque côté de la tumeur, puis articulées, et alors, en faisant mouvoir la vis, les dents pénètrent d'elles-mêmes dans la tumeur sans déchirer les parties voisines.



avec un crochet, ou mieux avec un instrument qu'a inventé M' Clintock (1), et qui ressemble tout à fait à un tire-bouchon. Nous en donnons la figure plus loin.

Si le polype est tout à fait à portée des instruments, la conduite du chirurgien doit être beaucoup plus décidée : il faut l'enlever, puisque ce moyen doit sauver la malade. Il y a trois procédés opératoires, entre lesquels le chirurgien choisira celui qui lui paraîtra le mieux convenir :

- 1° Certaines espèces de polypes peuvent être enlevées par torsion ;
- 2° On peut appliquer une ligature qui mortifie et fait tomber le polype ;
- 3° Ces tumeurs peuvent être enlevées par excision.

Siebold ajoute un quatrième procédé, et il rapporte un cas de succès : il s'est servi du cautère actuel (2).

De tous ces procédés, la ligature est celui qui a été le plus souvent employé, parce qu'on le regarde comme celui qui entraîne le moins de dangers.

I. *Ablation par torsion.* — Si l'on réfléchit que certains polypes se sont détachés par les seuls efforts de la nature, par suite de leur propre poids, ou des diverses secousses qu'éprouve le corps, comme Marchal (de Calvi) en a cité 24 observations, on en arrive naturellement à admettre que ces tumeurs pourraient être facilement enlevées, sans qu'on eût recours à une formidable opération. Ce n'est cependant que dans les cas de polypes cellulaires ou glandulaires que le procédé par torsion est applicable : il faut que le tissu de la tumeur soit mou et lâche.

Le procédé opératoire est très simple : on saisit le polype entre l'index et le pouce, ou bien avec une paire de pinces spéciales, ou enfin, s'il est très petit, avec la pince de Wilde (3). On fait doucement plusieurs tours de torsion, jusqu'à ce que le pédicule se rompe, et l'opération est terminée. Si, après un degré raisonnable de torsion, la tumeur ne vient pas, si le pédicule est trop épais, il vaudra mieux avoir recours à l'une des autres méthodes d'ablation. Généralement l'enlèvement des polypes par torsion n'est suivi d'aucune hémorrhagie et même l'écoulement qui existait antérieurement cesse. Les seuls soins à prendre, outre le régime général, sont de faire deux ou trois fois des injections vaginales avec un liquide légèrement astringent.

Il faut, au moment où l'on pratique la torsion, que l'utérus soit solidement maintenu par un aide, ce qui est généralement rendu facile par l'hypertrophie considérable qu'ont subie les parois de la matrice.

II. *Ablation par ligature.* — Ce procédé, qui est loin d'être nouveau, a été considéré comme le meilleur par beaucoup de praticiens. L'avan-

(1) M' Clintock, *Clinical Memoirs on diseases of women*. Dublin, 1863.

(2) A. E. von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. I, p. 709.

(3) Voy. chapitre des TUMEURS DU MÉAT URINAIRE, p. 96.

tage tout spécial de ce procédé est de faire courir moins de dangers à la malade. Il évite toute chance d'hémorrhagie, et il est moins formidable que celui qui consiste à trancher au travers d'une masse de structure inconnue. Il a cependant ses inconvénients, sans compter ceux qui tiennent à la difficulté même de l'application. Parfois le pédicule ne peut être isolé; d'autres fois l'inflammation produite par l'opération vient se joindre à l'écoulement qui s'échappe d'une masse à demi putréfiée, et il en résulte pour la malade de très sérieuses conséquences. L'ablation par la ligature est en principe facile à exposer. On serre peu à peu le pédicule, la circulation s'interrompt dans la tumeur, et la vitalité est détruite; aussitôt, d'après une loi bien connue de la nature, les parties détruites tendent à se séparer des tissus vivants. L'expérience a appris que cette ligature peut être appliquée sur n'importe quel point du pédicule avec un égal succès, car la portion qui reste, au lieu de donner naissance à un nouveau polype, ne manque jamais de se mortifier. La ligature a même été employée avec succès dans des cas où le polype tout entier était logé dans la cavité du col (1). Si le pédicule est très épais, il sera à propos de faire usage de deux ligatures au lieu d'une, c'est-à-dire de passer une aiguille avec un fil double à travers le corps du pédicule; on retire ensuite l'aiguille, et chacune des moitiés de ce pédicule se trouve entourée par une ligature distincte. Ce procédé accélère considérablement la mortification.

On a proposé un grand nombre de canules et de procédés de ligature, nous n'en mentionnerons ici qu'un petit nombre. Sir Clarke préfère un fil de soie ciré (2). Hamilton a fait usage de fil d'argent. « Les fils d'argent, dit-il, ont sur toute autre espèce de ligature deux avantages très grands. Ils peuvent être appliqués avec les doigts seuls, sans qu'il y ait à faire usage des divers procédés mécaniques qui ont été proposés, sur les polypes les plus volumineux, et ils peuvent être conduits jusqu'à la surface d'implantation de la tumeur. On évite donc ainsi la chance de comprendre l'utérus dans la ligature. » Bien entendu que l'argent doit être pur et que le fil doit être assez fin.

D'autres chirurgiens ont fait usage d'une corde à boyau, d'autres encore d'un fil de soie enroulé d'un mince fil métallique. M. D. H. Walne (3) a recommandé le fil connu sous le nom de fouet, ayant observé que ce genre de corde, quand elle est mouillée, augmente d'épaisseur et diminue de longueur, en sorte qu'une ligature faite avec cette substance, au lieu de se relâcher une fois appliquée, se serrera d'elle-même notablement. Du reste, toute espèce de ligature, pourvu qu'elle soit faite

(1) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1839, t. IV, p. 387.

(2) Clarke, *Practical Observations*, p. 65-66.

(3) Walne, *Medic. Gazette*, 16 juillet 1836.



avec un lien suffisamment solide et pas trop mince, répond au but que l'on se propose.

Les canules dont on se sert le plus ordinairement sont celles qui ont été inventées par Levret et Niessen (1). La première (fig. 132) est formée de deux tubes soudés ensemble latéralement. On fait passer le fil à ligature à travers ces deux tubes, de manière à former une anse *a* à



Fig. 132. — Double canule de LEVRET.

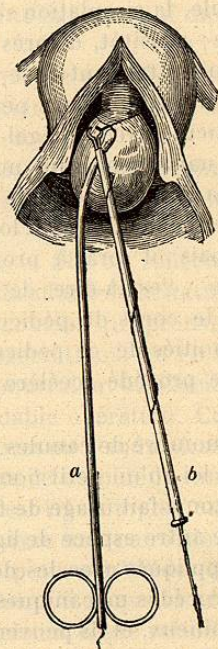


Fig. 133. — Ligature, procédé DESAULT (\*).



Fig. 134. — Porte-fil de DESAULT, modifié.

la partie supérieure et à ce que les deux chefs de ces fils pendent à la partie inférieure *b, b*. Une fois le polype compris dans l'anse *a*, on serre les deux fils *b, b* sur les petits anneaux qui se trouvent à la partie inférieure et où tourne sur son axe la double canule, pour augmenter la constriction.

Le procédé de Desault (2) se rapproche de celui de Levret. Pour

(1) Niessen, *Diss. de polypis uteri et vaginæ, novoque ad eorum ligaturam instrumento*. Gottingæ, 1785.

(2) Desault, *Journal de chirurgie*, t. IV. — *Œuvres chirurgicales*, 3<sup>e</sup> édit. Paris, 1830, t. III.

(\*) *a*, canule simple, qui a une ouverture à ses deux extrémités; l'extrémité externe porte deux anneaux, un fil parcourt cette canule; *b*, canule contenant un stylet qui se bifurque à l'extrémité utérine. Chaque branche de ce sujet porte un demi-anneau.

l'exécuter, il faut deux canules (fig. 133) : entre les deux branches de la canule *b*, on passe le fil qui sort de l'extrémité utérine de la canule *a* : on tire le stylet dans la canule qui le contient : alors les deux demi-anneaux qui se regardaient par leur concavité se joignent et forment un anneau entier, un œil qui est traversé par le fil. Les deux extrémités des canules, ainsi jointes par le fil, sont dirigées sur le pédicule du polype : le doigt indicateur de la main gauche peut aider ce premier temps. Des deux canules parvenues au pédicule, une, celle à anneau, est tenue fixe par la main gauche : avec la main droite, on imprime à l'autre un mouvement qui fait tourner son extrémité utérine autour du pédicule, et, comme elle entraîne avec elle le fil, celui-ci forme un anneau autour du pédicule du polype. Quand le pédicule est ainsi entouré et que les extrémités internes des deux canules se sont rejointes, on leur imprime un mouvement de rotation qui, communiqué aux deux bouts du fil, les tord. C'est alors qu'on ouvre l'œil du stylet en le poussant vers l'utérus (la figure 134 représente un porte-fil de Desault modifié, l'anneau A le fait mouvoir par une vis, et un cliquet B le fixe). Un fil est alors dépassé, et il n'est pas difficile de se débarrasser de l'autre canule. Les deux fils étant libres, on les passe dans un serre-nœud.

Au lieu de ces deux canules, on pourrait très bien imiter Mathias Mayor (1), qui se sert de deux ou trois tiges d'acier ou de baleine terminées en pattes d'écrevisse (fig. 135). Le fil est passé dans chaque patte, *a, a*, dont les dents restent fermées par leur élasticité. Quand on veut détacher les fils, on tire sur eux; l'élasticité des deux dents étant vaincue, elles s'ouvrent et laissent échapper le fil. Les deux bouts sont préalablement passés dans le serre-nœud *b* de manière à pouvoir étrangler le pédicule.

Paul Dubois (2) a proposé un spéculum muni d'une gaine double qui saisit le polype et permet d'appliquer la ligature sur le pédicule : mais cet instrument ne pourrait être porté dans l'utérus, alors même que l'utérus aurait été abaissé par une pression sur l'hypogastre, et, de plus, il n'est applicable que pour saisir des polypes de petite dimension. Le docteur Blundell recommande, comme étant un des meilleurs instruments, l'aiguille à polypes de Hunter. « Cette aiguille, dit-il, consiste en une tige de fer, laquelle, quoique flexible, est cependant très raide, en sorte qu'on peut lui donner la courbure que l'on veut et lui faire garder cette courbure. A l'une des extrémités de la tige, il y a un crochet, ou œil, et à l'autre, un manche sur lequel on attache les fils (3). » Au moyen du crochet, on porte le fil autour du polype et l'on serre la ligature.

(1) M. Mayor, *Nouveau système de déligation chirurgicale*, 2<sup>e</sup> édition. Lausanne, 1837.

(2) Paul Dubois, *Spéculum à ligature* (*Archives générales*, 1<sup>re</sup> série, t. XXII, p. 273).

(3) Blundell, *Diseases of women*, p. 118.



Burns (1), parlant de la difficulté que l'on éprouve quelquefois à appliquer une ligature avec la canule double de Levret, fait observer que l'application du procédé deviendra plus facile en faisant usage d'une canule double dont les tubes seront réunis ou séparés à volonté au moyen d'une troisième pièce adaptée comme une gaine, et il se reporte à un instrument de ce genre qui a été proposé par M. Cullerier et décrit par L. R. Lefauchaux (2). La description donnée par Burns répond exactement aux modifications qu'a fait subir à la canule de Niessen le docteur Gooch (fig. 136). Nous n'entreprendrons pas de décider ici à qui

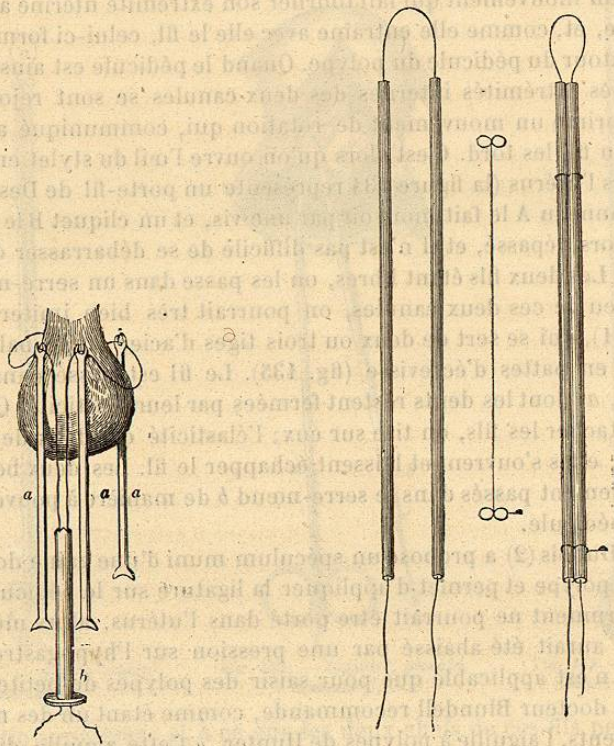


Fig. 135. — Ligature, procédé Mayon (\*).

Fig. 136. — Appareil de NIESSEN pour la ligature des polypes, modifié par Gooch.

revient la priorité sur ce point. Nous ne pouvons même dire si Burns a fait lui-même usage de la canule qu'il a préconisée.

Après avoir noté les défauts que présente la canule de Niessen et les modifications qu'on lui a fait subir, Gooch décrit de la manière sui-

(1) John Burns, *The principles of midwifery*, 10<sup>th</sup> edition. London, 1843.

(2) Lefauchaux, *Dissertation sur les tumeurs circonscrites et indolentes du tissu cellulaire de la matrice et du vagin*, thèse. Paris, an XI.

(\*) a, a, a, tiges d'acier ou de baleine terminées en pattes d'écrevisse; b, canule.

vante cet instrument et la manière de s'en servir (1). « L'instrument dont je me sers est formé de deux tubes en argent, chacun de huit pouces de long, parfaitement droits, complètement séparés l'un de l'autre et ouverts à leurs deux extrémités. Une ligature très longue, consistant en une corde à fouet, est introduite dans les deux tubes, et les deux chefs de la ligature sont pendants en dehors des tubes. On place ces deux tubes à côté l'un de l'autre et on les introduit avec le doigt dans le vagin le long du polype, jusqu'à ce que leur extrémité supérieure arrive au pédicule. On écarte alors les deux tubes; l'un d'eux est maintenu immobile et l'autre est porté autour du polype et du pédicule, puis ramené au contact du premier tube. De la sorte, le fil forme une anse circulaire autour du pédicule. Les deux tubes réunis ne forment plus qu'un seul instrument. Pour rendre l'union plus intime, on les fait passer dans de petits cercles métalliques qui maintiennent parfaitement en contact les extrémités supérieures et inférieures; on tire alors fortement sur les extrémités pendantes des fils, on les tord, on les fixe à une partie saillante qui se trouve à l'extrémité des tubes, et le polype, complètement étranglé, se mortifie et tombe. »

Oke, de Southampton, a proposé de faire une modification nouvelle à l'instrument de Gooch : c'est d'allonger et de courber à leur extrémité les tubes; puis, au lieu de réunir ces tubes en un seul instrument, de les retirer et de leur substituer une troisième canule dans laquelle on ferait passer les deux bouts du fil, on la laisserait en place et on serrerait la ligature au moyen de cette seule canule (2).

Alexis Favrot emploie un autre procédé : au lieu de tubes métalliques, il fait usage de deux sondes de gomme élastique, qu'il coupe juste au-dessus des yeux; il fait passer un fil de soie double par ces deux sondes et procède ensuite à peu près de la même manière que dans le cas précédent (3).

Prosper Hullin (4), de Mortagne, a présenté à l'Académie de médecine des instruments destinés à lier les polypes de l'utérus et composés de trois pièces différentes métalliques, isolées; savoir : deux aiguilles servant de porte-nœud, et une troisième pièce formant le serre-nœud.

Les deux aiguilles sont d'acier aplati, longues de 25 centimètres, larges de 3 millimètres et demi. Leur épaisseur est inégale, l'une ayant 2 millimètres, et l'autre étant moitié moins épaisse.

Ces aiguilles présentent ainsi un aplatissement d'avant en arrière dans

(1) Gooch, *On the more important diseases of women*, p. 269.

(2) Oke, *Provincial med. and surg. Journ.*, 2 décembre 1846.

(3) Favrot, *Revue méd.-chir.*, janvier 1848.

(4) P. Hullin, *Procédés et instruments pour détruire les polypes de l'utérus* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1841-1842, t. VII, p. 954); *Rapport de A. Bérard* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VIII, p. 616). — P. Hullin, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1862, p. 1.