

chaque côté sur la tumeur pour faire saillir celle-ci à travers la plaie et prévenir la sortie des intestins. Le chirurgien introduit une main dans la cavité abdominale pour se rendre compte des adhérences du kyste avec les parties environnantes. Il faut rompre ces adhérences, soit par une traction simple si cela est possible, soit en les disséquant, soit en excisant certaines brides entre deux ligatures préalablement appliquées si on craint une hémorragie. Si le kyste est trop volumineux pour faire ces manœuvres, on le vide par une ponction; pour cela on se sert d'un *trocart* (fig. 295) de 1 centimètre de diamètre, dont le poinçon est une tige mince terminée par une pointe d'acier qui joue le rôle de piston dans la canule. En retirant ce poinçon qu'arrête un ressort à cliquet, le liquide du kyste s'écoule par un tube (A) qui est soudé obliquement sur la canule et communique avec cette dernière. La canule principale est pourvue d'érignes cachées dans une gaine; ces érignes permettent de fixer l'instrument aux parois du kyste. Si la tumeur est uniloculaire, on l'attire au dehors avec les mains ou des pinces

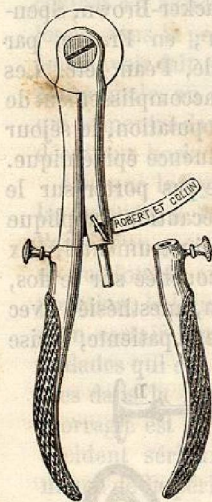


Fig. 296.

de Museux, à mesure que le liquide s'écoule par la canule du trocart; de cette façon on prévient l'issue du liquide dans le péritoine. En cas de kyste multiloculaire, on fait de nouvelles ponctions sur les loges restées entières. Dès que la tumeur a été entraînée au dehors, on en saisit le pédicule entre les branches d'une sorte de pince en forme de compas appelée *clamp* (fig. 296), qui étrangle la portion étreinte par un simple mouvement de pression, ou dans l'anse d'un fil métallique adapté à un serre-nœud. Le pédicule est alors divisé entre l'instrument constricteur et le kyste. L'instrument constricteur doit rester à la surface de la plaie abdominale. Quelquefois on est obligé de laisser dans l'abdomen une partie de l'enveloppe du kyste, parce que le pédicule existe à peine, ou qu'il est impossible d'isoler toute la tumeur; dans ce cas, on traverse et on fixe la portion restante du kyste dans la plaie de la paroi abdominale au moyen de longues aiguilles métalliques. Quelques chirurgiens touchent le sommet divisé du pédicule avec le perchlorure de fer ou avec un cautère chauffé à blanc, tout en n'omettant pas la ligature de cet appendice.

Le kyste enlevé, on éponge les plaies profondes et le petit bassin avec les plus grands soins, pour ne pas laisser de liquide dans le péritoine. Dans le cas où la section des adhérences de la tumeur a provoqué un suintement de sang, on arrête ce dernier par des ligatures, l'application du perchlorure de fer, le cautère actuel. Les fils à ligature sont toujours ramenés au dehors à travers la plaie de la paroi abdominale. Cette dernière solution de continuité est fermée par une suture métallique enchevillée, à laquelle on ajoute une suture entortillée superficielle. Dans la première suture on comprend ou non le péritoine. L'opérée est reportée dans son lit, le corps

maintenu à une température chaude et constante. Péan applique sur l'abdomen une couche de *collodion*. Le pédicule est touché tous les jours avec du perchlorure de fer, afin de prévenir la formation du pus.

Les accidents notés après l'ovariotomie sont : l'épuisement nerveux, le tétanos, la tympanite intestinale, la péritonite, l'hémorragie consécutive, des abcès profonds, l'infection purulente.

Résultats de l'ovariotomie. D'après une statistique due à Kœberlé, il y a eu, sur 100 opérations, 71 succès et 29 insuccès. Spencer Wells (de Londres) a obtenu, sur 250 ovariectomies, 72 pour 100 de guérison; Atlee (de Philadelphie) est arrivé à des résultats aussi satisfaisants.

SECTION XLV.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

L'utérus est exposé à des *anomalies* : ainsi on a constaté l'absence de cet organe, l'*atrophie* de la totalité de la matrice ou du col seulement. Lisfranc parle de l'*hypertrophie* congénitale du col. Lorsqu'une des moitiés de l'utérus est atrophiée, on dit qu'il y a *hémimétrie*. Il y a des utérus *doubles*, c'est-à-dire que l'organe est séparé en deux parties par une cloison. Le col peut être *oblitéré* par une membrane ou un tissu plus ou moins épais, ce qui donne lieu à des troubles graves à l'époque de la puberté, à cause de la rétention des menstrues; le seul mode de traitement, lorsque ces accidents se manifestent, est de frayer une voie au sang, en ponctionnant le col avec un trocart ou un bistouri. Cette opération a été suivie parfois d'une terminaison fatale.

Les *blessures* de l'utérus sont très-rares en dehors de la grossesse, ce qui tient au petit volume de l'organe et à sa situation profonde dans l'abdomen. Dans l'état de vacuité, l'utérus est plus souvent lésé par la main du chirurgien qui pratique des opérations sur le col de ce viscère. Il est bien reconnu que ces dernières blessures ne sont nullement douloureuses, qu'elles sont rarement suivies d'hémorragies graves, et qu'elles se cicatrisent lentement. Les lésions du corps de l'utérus distendu par le produit de la gestation sont au contraire le plus souvent suivies d'hémorragie, d'avortement et de péritonite. Les exceptions à cette règle sont très-rares. Les blessures faites par le chirurgien, l'opération césarienne notamment, ne sont pas toujours fatales.

Les *ruptures* de la matrice ne s'observent que pendant la grossesse. Les *corps étrangers* qui pénètrent dans l'utérus ne peuvent s'arrêter dans cet organe que lorsqu'il est amplifié par la grossesse; encore leur séjour est-il de courte durée, parce qu'ils sont expulsés par le travail de l'avortement

qui suit de près une pareille lésion. Citons pour mémoire des débris de fœtus ou des fœtus entiers restés dans la matrice. On a décrit sous le nom de *calculs* et de *pierres* de la matrice des concrétions plus ou moins volumineuses qui paraissent être des corps fibreux ossifiés (P.-J. Roux).

CHAPITRE I.

DES DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

L'utérus n'est pas fixé d'une manière tellement solide, au milieu des organes de l'excavation pelvienne, qu'il ne puisse changer de place et se porter en différents sens. Tantôt la matrice descend plus ou moins directement en bas, sans que son grand axe cesse d'être sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur du bassin; tantôt l'utérus, tout en conservant sa situation générale dans l'excavation pelvienne, s'incline plus ou moins en avant, en arrière ou sur les côtés. La première espèce de déplacement a été désignée sous le nom de *descente* de l'utérus; la seconde est connue sous le nom générique de *déviaton* de l'utérus. Très-rarement la matrice sort de l'enceinte abdominale pour s'engager dans l'un des canaux aponévrotiques par lesquels se font les hernies. Sennert a rapporté un cas de *hernie* inguinale de l'utérus survenue au commencement de la grossesse; celle-ci arriva à terme, ce qui nécessita l'opération césarienne.

ARTICLE I.

De la descente de l'utérus.

Cette affection a été désignée sous des noms divers, suivant le degré d'abaissement de l'organe. Lorsque l'abaissement est peu prononcé on l'a appelé *relâchement* de l'utérus; est-il plus marqué, c'est une *descente* proprement dite; est-il porté jusqu'au point de permettre à l'utérus de sortir à travers la vulve, c'est une *chute* ou *précipitation*. Quelques auteurs ont donné indifféremment à tous les degrés de la maladie le nom de *prolapsus* utérin.

Causes. On peut considérer comme prédisposant à la descente de l'utérus, une largeur considérable du bassin, la laxité des ligaments qui l'entourent, l'infiltration et le relâchement des membranes du vagin. Bien que cette maladie affecte surtout les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, des faits rapportés par Mauriceau et Levret démontrent qu'elle se rencontre aussi chez celles qui n'ont jamais eu d'enfants et même chez les vierges. A. Monro en a observé un cas chez une petite fille de trois ans. Les efforts pour lever ou pour porter un fardeau, la station prolongée, l'équitation, les cahotements d'une voiture, l'existence d'une tumeur abdominale qui comprime l'utérus, doivent être envisagés comme causes efficientes.

Symptômes. Ils se divisent en signes physiques et en troubles fonctionnels; les premiers sont révélés par le toucher vaginal et quelquefois par la vue seule. Lorsque la maladie est au premier ou au second degré, on rencontre dans l'intérieur du vagin, et à une distance plus au moins rapprochée de la vulve, une tumeur piriforme, à grosse extrémité tournée en haut, à petite extrémité percée d'une fente transversale (museau de tanche). Le doigt peut être promené autour de la circonférence de la tumeur dans toute la hauteur, jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le cul du sac du vagin. Lorsque la chute est complète, l'utérus sort à travers la vulve; le vagin, dont l'extrémité supérieure s'insère au col de la matrice, est entraîné par la descente de cet organe et se renverse sur lui-même; la paroi antérieure du vagin adhérent au bas-fond de la vessie, celle-ci se trouve également déplacée. L'examen de la vulve démontre alors qu'il existe entre les grandes lèvres une tumeur piriforme ou cylindrique présentant une fente à sa partie inférieure, de couleur rouge, lisse à sa partie inférieure qui correspond au col de l'utérus, et offrant plus haut des plis qui appartiennent à la muqueuse du vagin renversée. Au-devant et au-dessus de cette tumeur, c'est-à-dire en arrière du pubis, se trouve une autre tumeur molle, dépressible, plus volumineuse avant qu'après la miction, s'affaissant par la compression qui est accompagnée en général de l'excrétion d'une certaine quantité d'urine, et dans laquelle on sent facilement à travers la paroi antérieure du vagin le bec d'une sonde d'homme introduite par le canal de l'urètre (voir *Cystocèle vaginal*, p. 858).

Le relâchement et la descente de l'utérus (1^{er} et 2^e degré) sont accompagnés de pesanteur et de tiraillements dans les reins, augmentant par la station debout ou par la marche, diminuant au contraire par le repos et la position horizontale. Ces symptômes sont plus marqués dans les cas de chute de l'utérus (3^e degré); en même temps, les malades éprouvent de la difficulté pour uriner, conséquence du déplacement subi par la vessie.

Marche. Terminaisons. La descente de l'utérus abandonnée à elle-même tend incessamment à faire des progrès et passe insensiblement d'un degré à l'autre. Lorsque l'utérus reste longtemps hors de la vulve, la muqueuse du vagin exposée au contact de l'air ne tarde pas à s'enflammer et fournit une sécrétion muco-purulente; mais au bout d'une certaine période, la muqueuse perd ses caractères propres et prend ceux du tégument externe pour se convertir finalement en une membrane qui a la plus grande analogie avec la peau. L'utérus lui-même peut, dans la nouvelle situation qu'il occupe, devenir le siège d'une inflammation aiguë ou chronique, présenter une dégénérescence cancéreuse indépendante de la maladie primitive; des tumeurs fibreuses ou des polypes peuvent y prendre naissance, et des calculs se sont quelquefois formés dans la vessie entraînée par l'utérus en cas de descente complète. Cette dernière assertion est fondée sur les observations de Saviard, Tolet, Morel, etc.

Diagnostic. Il paraît difficile de confondre la chute de l'utérus avec un *polype* de l'organe. C'est à peine si nous devons signaler l'erreur grossière qui ferait considérer comme *hermaphrodites* les femmes atteintes d'une