La surface à aviver est très grande et il est malaisé de lui enlever sa couche de muqueuse. On peut donc compter sur une assez forte hémorragie. On réunira la plaie par la suture continue avec du

L'enlèvement d'une partie de la muqueuse postérieure du vagin et la traction des bords de la plaie reportent fortement en avant la paroi postérieure du vagin. Cette paroi devient, dans la station debout, une

surface qui se dirige presque horizontalement vers l'ouverture vaginale notablement rétrécie. La paroi antérieure du vagin et l'utérus y trouvent leur point d'appui (v. fig. 121).

Les ulcérations étendues de la muqueuse vaginale prolabée ne contr'indiquent pas l'opération. On peut presque toujours faire l'avivement de façon à y comprendre les surfaces malades. On excise les parties ulcérées; la guérison est radicale et la réunion per primam s'obtient tout aussi bien que sur les parties non affectées.

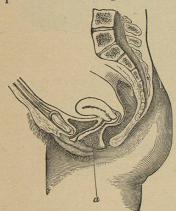


Fig. 121. — Plancher périnéal obtenu par la colporraphie postérieure.

Le traitement consécutif est à peu près nul. Les sutures périnéales, qui coupent facilement les chairs, seront laissées quatre à cinq jours. Quant aux sutures vaginales, on les laisse longtemps, souvent pendant des semaines, jusqu'à ce qu'on puisse facilement les enlever. La suture au catgut présente cet avantage qu'il ne faut pas se préoccuper des fils, ni les retirer.

Toutes ces méthodes opératoires ont été insensiblement mises en usage dans le courant de ces dernières années. On sentait le besoin impérieux de guérir radicalement les prolapsus volumineux, par une intervention chirurgicale. Et, en effet, on réussit à ramener si bien l'utérus et le vagin à leur état normal, même définitivement, et chez des sujets se livrant à des travaux corporels pénibles, que le prolapsus

est complètement annihilé. Il faut dire cependant que l'on n'atteint pas ce but dans tous les cas, attendu que le vagin possède parfois une tendance extraordinaire à se relâcher et qu'il peut, en descendant, élargir de nouveau la fente vulvaire rétrécie par l'opération. Il peut donc arriver que, malgré une opération parfaitement réussie, pour empêcher le mal de récidiver peu à peu, la femme doive porter un pessaire. Il arrive, de temps en temps, que la réunion per primam ne se fasse pas sur toute la ligne, condition pourtant essentielle au succès. D'autre part, ces opérations sont très sanglantes et non entièrement dépourvues de danger. Il s'en suit qu'il ne faut pas, à la légère, engager à se faire opérer toute femme souffrant de prolapsus, mais il faut peser consciencieusement les inconvénients engendrés par l'affection, en regard des avantages présentés par l'intervention chirurgicale, et laisser à la malade, après lui avoir exposé la situation, le choix de la détermination à prendre. Si le plancher pelvien est solide, on pourra recourir aux pessaires. Dans la négative, on conseillera l'intervention opératoire : la colpo-périnéorraphie si l'entrée du vagin et le vagin sont relâchés; les opérations sur l'utérus, si les ligaments larges sont relâchés, combinées au besoin aux opérations plastiques sur la vulve et le vagin.

Les souffrances produites par le prolapsus sont généralement si intenses, et si insupportables, qu'un grand nombre de femmes se décident à se soumettre à l'opération et elles témoignent beaucoup de reconnaissance au médecin, si le succès couronne ses efforts.

Il y a longtemps qu'on s'est efforcé de guérir le prolapsus utérin en diminuant le calibre du vagin et celui de l'ouverture vaginale. On a cherché à provoquer une rétraction cicatricielle par l'application des caustiques. On a excisé aussi de larges portions de muqueuse vaginale dans le but de diminuer la lumière du vagin.

Marshall-Hall, le premier, pratiqua l'é'ytrorraphie, opération qui consiste à diminuer la largeur du vagin par l'excision de lambeaux de muqueuse vaginale et par la suture des bords de la plaie.

L'excision de lambeaux de muqueuse, pris à la paroi postérieure du vagin, la colporraphie postérieure, peut être combinée avantageusement avec la diminution d'étendue de la commissure vulvaire. Cette dernière, en effet, est toujours très élargie par le prolapsus, même en l'absence de dichirures profondes du périnée. On a fait souvent cette diminution de l'ouverture vulvaire, dans le but de guérir le prolapsus. L'épisiorraphie a d'abord été faite par Friche. On avive les grosses lèvres, en allant d'arrière en avant, sur une étendue telle, qu'il ne reste plus qu'un méat pour les sécrétions, chez les femmes âgées; chez les autres, on réserve une ouverture suffisante pour les relations conjugales. Le rétrécissement de la vulve réussit sans difficulté, quand l'avivement a été convenablement exécuté. Ce procédé empêche le prolapsus de la matrice de se reproduire dans les premiers temps qui suivent l'opération; cependant l'organe reste très bas et il repose sur un pont de tégument comme sur un bandage périnéal. Ce

serait déjà un grand pas de fait, si les choses se maintenaient dans cet état. Mais insensiblement, la matrice fait bomber le pont qui la soutient, de telle sorte que le prolapsus primitif se transforme en une espèce de hernie du périnée. Il n'est pas rare non plus de voir l'utérus se frayer un passage à travers l'ouverture que l'on a laissée. Cependant, dans plus d'un cas, le nouveau soutien de la matrice tient bon pendant plus longtemps et remplace tout bandage. Il faut donner moins de crédit à l'emploi d'anneaux que l'on fait passer à travers les deux lèvres dans le but de fermer la vulve. Dommes unit l'utile à l'agréable en unissant les deux lèvres au moyen d'anneaux d'or et d'argent. Tous ces procédés, quand ils réunissent le mieux, n'arrivent qu'à empêcher actuellement le prolapsus; jamais ils ne font remonter l'utérus à une hauteur approchant de la situation normale

Pour en arriver là il faut non seulement refaire un nouveau périnée plus long, mais on doit établir un plancher pelvien épais, résistant et inflexible, capable de soutenir le poids de l'utérus. Il est nécessaire de diminner en même temps le calibre du vagin, de façon à ce que l'utérus ne puisse pas facilement passer à travers ce capal

La colporraphie postérieure avec restauration du périnée est par contre une opération extraordinairement parfaite. Nous la devons à Simon, bien qu'en même temps d'autres auteurs (Veit, Hegar, Spiegelberg), eussent combiné la suture des parois vaginales avec la restauration du périnée : Episio-Elytror-

Sous le nom de colporraphie, Neugebauer décrit une opération déjà mise en pratique par Lefort. Il excise, l'utérus étant hors de la vulve, un lambeau longitudinal partant juste au-dessus de la portion vaginale, aux dépens de la paroi antérieure du vagin. Il en fait autant pour la paroi postérieure du vagin. Il juxtapose ensuite ces surfaces avivées et les réunit entre elles par des sutures. Cette méthode est recommandable chez les femmes âgées, à parois vaginales très relâchées.

Le procédé de Lawson Tait, que nous avons déjà décrit (page 55), ne présente aucun avantage lorsque les tissus sont relâchés eu hypertrophiés; mais, comme cette méthode est d'une exécution facile, elle mérite la préférence dans le cas de déchirure incomplète du périnée et de dilatation modérée de l'entrée du vagin.

L'opération la plus radicale de toutes est l'extirpation de l'utérus en totalité. Le pronostic n'est plus aussi mauvais, depuis les perfectionnements introduits dans la technique de l'extirpation totale de l'utérus, par la voie vaginale. Les complications de néoplasmes malins ou de gangrène de l'organe autorisent certainement cette intervention radicale ; en l'absence de ces complications, on ne la pratiquera que chez les femmes âgées dont l'utérus hypertrophié est complètement prolabé. Mais l'hystérectomie ne suffit pas : il faut y joindre des opérations plastiques sur le vagin et le périnée. Alors on est sûr d'aboutir à une guérison radicale.

W. A. Freund (1) a imaginé une toute nouvelle méthode pour la cure des prolapsus volumineux compliqués de rectocèle. Il ouvre

largement le cul-de-sac de Douglas et il suture le col au niveau du promontoire; la poche péritonéale, qui se trouve alors au-dessous de l'utérus, est tamponnée et se ferme par bourgeonnement.

Le traitement du prolapsus par le massage, suivant la méthode de *Thure Brand*, est beaucoup en vogue en Allemagne. Les succès incontestables, obtenus dans quelques cas, sont dûs vraisemblablement à l'action tonifiante excercée par le massage sur les éléments musculaires et élastiques de l'utérus, du vagin et du plancher pelvien. Mais il n'est guère possible encore de formuler un jugement définitif sur la valeur de ce procédé.

5. — ÉLÉVATION DE L'UTÉRUS

L'élévation anormale de l'utérus n'a guère d'importance que comme symptôme, attendu que l'organe ne saurait se déplacer spontanément vers le haut. L'utérus s'élève, parce qu'il est refoulé ou bien attiré vers le haut. Il est refoulé par des tumeurs qui se développent sous lui, par des accumulations de sang dans le vagin, par une hématocèle, un exsudat, une grossesse extra-utérine et par d'autres productions de nouvelle formation, se développant dans le vagin ou dans l'excation pelvienne. Mentionnons spécialement : les kystes ovariques souspéritonéaux, ceux qui se développent dans les replis de Douglas, ainsi que les tumeurs malignes. L'utérus est bien plus souvent attiré en haut, soit par de très volumineuses tumeurs (kystes ovariques et aussi fibroïdes sous-séreux et interstitiels), soit par des adhérences péritonitiques. Ces dernières fixent l'utérus à une grande hauteur, lorsqu'elles s'établissent dans les premiers temps qui suivent les couches, alors que la matrice est encore très élevée dans la cavité abdominale.

Lorsque l'utérus est très élevé, le vagin est étiré, de telle sorte que la muqueuse vaginale se déplisse; en même temps les culs-de-sac vaginaux s'effacent. Le vagin s'élève alors en forme d'entonnoir au fond duquel on trouve une petite ouverture, l'orifice externe. Dans les cas fortement prononcés (tumeurs de l'ovaire et fibromes), l'utérus et spécialement le col peuvent être fortement étirés. Le col peut même se rompre sous l'effort de la tension.

4. — INVERSION UTÉRINE

Étiologie. — Nous faisons abstraction de l'inversion récente, consécutive à l'accouchement, et nous ne traiterons que des cas anciens d'inversion puerpérale et de ceux qui sont provoqués par la présence de tumeurs.

L'inversion utérine, due à l'existence de tumeurs siégeant dans les parois de l'utérus, est beaucoup plus rare que l'inversion puerpérale. Il ne faut pas nécessairement que ces tumeurs soient des polypes à long pédicule; les néoplasmes à large base d'implantation et même ceux qui sont interstitiels (parfois même de très petits) peuvent provoquer l'inversion utérine. Ces tumeurs peuvent être des fibromyomes ou des sarcomes. Ce n'est que lorsque la paroi utérine est ramollie, que l'inversion est possible. Elle se produit alors peu à peu, grâce au poids du néoplasme qui force et ouvre le col, ainsi qu'à la pression intra-abdominale. Cependant dans plus d'un cas, l'inversion se complète sous l'empire des contractions utérines, quand la tumeur, plongeant dans la cavité utérine, est arrivée à une certaine profondeur.

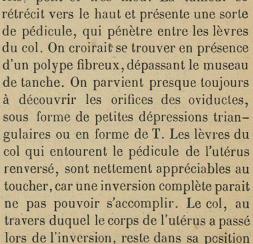
Anatomie pathologique. — On distingue trois degrés d'inversion : 1° La dépression du fond de l'utérus. Le sommet de la matrice se trouve encore au-dessus de l'orifice externe;

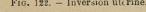
2º L'inversion. Le fond de l'utérus a passé à travers le col, mais ne sort pas du vagin (v. fig. 122);

3° L'inversion avec prolapsus. L'utérns retourné en doigt de gant est, de plus, prolabé (v. fig. 423).

Le premier degré de l'inversion échappe le plus souvent à l'observation, parce qu'il se corrige spontanément, ou bien parce qu'il passe au second degré.

Dans le second degré, l'utérus est retourné et il dépasse l'orifice externe. On le sent dans le vagin, sous la forme d'un corps arrondi, parsois très gonflé, d'autres fois, petit et très mou. La tumeur se





normale, du moins en partie. Ceci s'applique surtout à la lèvre antérieure. Le col ne se renverse complètement que lorsqu'on exerce une forte traction sur l'utérus. Exceptionnellement, le poids d'une tumeur pourrait peut-être bien provoquer le même effet. On voit sur le cadavre, après avoir ouvert le ventre, à la place qu'occupait l'utérus, une espèce d'entonnoir, dans lequel vont se perdre les oviductes et les ligaments utérins. — Cet entonnoir est toujours très étroit dans les cas anciens; il ne présente alors tout au plus que 1/2 centimètre en diamètre et les ovaires ne s'y trouvent pas contenus. Ce dernier point distingue les anciennes inversions, des inversions récentes puerpérales dans celles-ci, l'infundibulum contient l'ensemble des annexes utérines. Peu à peu, les annexes se dégagent, grâce à l'involution utérine, de telle sorte que finalement les rapports des annexes vis-à-vis de l'infundibulum sont les mêmes dans une inversion puerpérale ancienne, que dans une inversion produite par un néoplasme.

Le troisième degré de l'inversion n'est autre que le prolapsus de l'utérus en inversion. L'utérus retourné pend au-devant de la vulve. La grosseur de cette tumeur, l'état anatomique du pedicule et des lèvres du col sont entièrement les mêmes que lorsque le corps de l'utérus est encore dans le vagin. Dans l'un comme dans l'autre cas et spécialement lorsque le prolapsus est récent, la surface de la tumeur est rouge ou bleuâtre; elle saigne facilement et laisse suinter un liquide légèrement mucilagineux et même teint de sang. La surface de l'utérus est tantôt quelque peu boursouflée, tantôt assez lisse : elle peut devenir le siège de végétations polypeuses.

Au point de vue microscopique, il faut établir une distinction radicale entre les deux premiers degrés et le troisième, surtout lorsque les cas appartenant à ce dernier groupe datent de longtemps.

On ne possède pas de travaux traitant des altérations de la muqueuse, au premier degré de l'inversion.

Le second degré s'accompagne de profondes altérations: la muqueuse est très amincie, paraît même faire défaut aux endroits les plus proéminents du fond de l'utérus: elle perd sa couche épithéliale superficielle, et présente à la suite d'inflammations un aspect granuleux. De plus, l'appareil glandulaire disparaît presque complètement. Il n'en persiste que des restes disséminés irrégulièrement. Outre la chute de la muqueuse, la métamorphose granuleuse des parties qui ont échappé à la destruction et l'atrophie des glandes de la muqueuse, il peut survenir encore des processus de prolifération semblables à ceux que l'on voit parfois dans les endométrites chroniques. Les canaux glandulaires détruits à la surface végètent profondément et pénêtrent jusque dans l'épaisseur du tissu musculaire. Nous ne savons si ces canaux glandulaires qui, sous l'influence de causes inflammatoires ont

pénétré jusqu'au-delà de la muqueuse, se résorbent après la réduction de l'inversion, ou bien s'ils contribuent — et dans quelle mesure — à la formation de la muqueuse nouvelle.

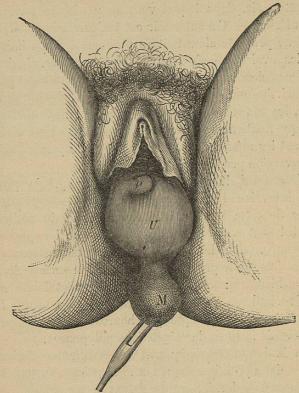


Fig. 123. - Prolapsus uteri inversi occasionne par la présence d'un petit myome. M, myome. - U, uterus. - P, petit polype muqueux.

Quant à l'état de la muqueuse dans le prolapsus uteri inversi (troisième degré), il dépend essentiellement du temps que l'utérus en inversion a séjourné dans le vagin avant de se prolaber. L'épaisseur de la muqueuse dépend des altérations qui ont précédé la chute complète. Insensiblement, il se fait à la surface de la tumeur une production d'éléments épithéliaux, pouvant aller jusqu'au dépôt de plusieurs couches d'épithélium pavimenteux.

Symptômes. — Les cas d'inversion utérine qui se produisent après l'accouchement, tout en passant inaperçus, ne déterminent parfois plus tard non plus que des symptômes tout à fait insignifiants. Toutefois, à la suite des altérations et de l'irritation incessante de la muqueuse utérine, il survient d'ordinaire des écoulements sanguino-lents ou des hémorragies plus ou moins abondantes, lesquelles, par

leur persistance, provoquent des altérations profondes de la santé.

Lorsque l'inversion est due à la présence d'un néoplasme, les pertes de sang dépendant de la tumeur, et qui existaient déjà auparavant, persistent, et affaiblissent considérablement la patiente. En dehors des hémorragies, il existe une sécrétion considérable de matières muqueuses. En outre, la femme accuse une sensation d'échappement dans le bassin, des douleurs dans la région des reins et du sacrum. Souvent aussi, elle éprouve des difficultés pour uriner. Cependant ces désordres de la miction, tout sérieux qu'ils soient, peuvent se déclarer insidieusement, passer inaperçus et l'organisme s'y accoutume parfois d'une manière étonnante. Parfois aussi des symptômes aigus surviennent momentanément, lorsque la matrice en inversion descend au-devant de la vulve.

La contracture du collet cervical peut déterminer la gangrène et

tout ce qui s'en suit.

Diagnostic. — Dans les circonstances ordinaires, le diagnostic de l'inversion est facile. Il est vrai que l'utérus en inversion peut ressembler très fort à un polype. Les renseignements anamnestiques pas plus que l'aspect de la tumeur, ne sont le plus souvent en état de lever complètement le doute. A l'exploration bimanuelle pourtant, faite au besoin pendant le sommeil chloroformique, et de préférence par voie rectale, on doit pouvoir déterminer si l'utérus est oui ou non à sa place habituelle. Si l'organe n'occupe pas sa situation normale, on sent, lorsque les circonstances s'y prêtent un peu, un enfoncement. une espèce d'infundibulum, ou de fente. Les appendices utérins s'en échappent et s'irradient en éventail sur les côtés. Les ovaires ne se trouvent pas loin de l'ouverture de l'entonnoir.

La tumeur présente parfois un caractère qui, à lui seul, suffit à fixer le diagnostic d'une manière certaine. Le col qui étreint le pédicule de la tumeur disparaît, lorsqu'on attire celle-ci en bas, et qu'ainsi on

retourne sur elle-même la partie inférieure du col.

Le cathétérisme montre que le pédicule s'unit immédiatement, et sur tout le pourtour, aux parois du col. La sonde éprouve de la résistance sur tous les points correspondant au collet de l'inversion, tandis qu'elle peut pénétrer dans la cavité utérine lorsqu'il s'agit d'un polype.

Quelquesois on peut invoquer comme élément de diagnostic l'exis-

tence des ouvertures utérines des oviductes.

Lorsqu'on se trouve en présence d'inversions causées par la présence de tumeurs, on se contente parfois de poser le diagnostic : tumeur, d'après les caractères facilement reconnaissables du néoplasme ; mais on risque de perdre de vue que le pédicule en est constitué par l'utérus retourné. Cette erreur est facile à commettre surtout quant l'inversion est partielle. Werth a attiré l'attention sur ce point. A un examen minutieux pourtant, on sera frappé de la couleur et de la consistance de l'utérus retourné, comparativement à celles de la tumeur. L'utérus est d'un rouge sombre et il est plus mou que la tumeur. De plus l'examen bimanuel, fait de prime abord, assurera contre une erreur de diagnostic qui, en règle générale, pourrait entraîner des conséquences graves. Mais si le néoplasme est inséré dans le voisinage de l'orifice interne, l'inversion partielle peut s'accompagner d'une juxtaposition si intime des surfaces péritonéales désoncées, qu'on ne peut plus sentir d'infundibulum. Même dans ce cas, on peut, lorsqu'on examine attentivement la tumeur, distinguer nettement, par la vue et par le toucher, les limites qui séparent le néoplasme de la paroi utérine. Jamais on ne se hasardera à enlever les tumeurs à large pédicule à l'aide du bistouri ou des ciseaux ; il faut toujours tâcher de les énucléer au moyen d'instruments mousses.

Pronostic. — Les inversions utérines mêmes anciennes comportent un pronostic réservé, parce qu'elles donnent lieu à des hémorragies incessantes. Cependant dans des cas fort anciens, la réduction peut encore être possible : Tyler Smith et Emmet ont même rapporté des cas où la femme devint enceinte.

Quoi qu'il en soit, la réduction spontanée est très rare. Spiegelberg en a observé un exemple authentique chez une femme dont l'utérus se remit en place après deux semaines de repos, sur le dos. Elle avait eu une forte diarrhée pendant ce laps de temps.

Traitement. — La réduction de l'utérus retourné est facile dans les cas récents, très difficile au contraire dans les cas anciens. On peut essayer la réduction pendant le sommeil chloroformique, en refoulant, au moyen des doigts ou à l'aide d'un instrument en forme de tige, le fond de l'utérus, tandis que de l'autre main, on déprime l'infundibulum à travers les parois du ventre. On réussit généralement assez bien à ramener le fond jusqu'à hauteur de l'orifice externe, parce que l'utérus devient souple et élastique par le taxis, mais on éprouve de grandes difficultés à aller au-delà.

On a imaginé les appareils les plus variés, dans le but de rendre le resoulement de l'utérus aussi puissant et aussi continu que possible.

Je n'en parlerai pas, et je me bornerai à décrire la méthode que j'ai toujours trouvée efficace. Elle est plus longue et plus fastidieuse que les procédés violents, mais en revanche elle est inoffensive et efficace.

Lorsque la réduction manuelle ne réussit pas, — et pour l'inversion puerpérale ancienne, l'insuccès est la règle, — il faut diriger sur le fond de l'utérus une force permanente, agissant pendant longtemps par le vagin. Le colpeurynter réalise le mieux ces conditions; il comprime le fond de l'utérus renversé, en même temps qu'il distend les parois du vagin et que par là même il exerce des tractions périphériques sur le col. Dans un cas d'inversion, datant de deux ans environ, Schræder a réussi à opérer la réduction, après avoir vu échouer les tentatives les plus violentes de refoulement manuel. Il se servit du colpeurynter à demeure dans le vagin. Tous les jours, pendant quelques heures, on injectait dans le ballon une quantité d'eau suffisante pour lui faire prendre le plus grand volume possible. Dans un autre cas d'inversion puerpérale, remontant à quatre mois, l'utérus se remit en place après quatre semaines d'application du ballon.

L'emploi prolongé du colpeurynter est toujours fort désagréable et même impossible si le plancher pelvien est délabré. Aussi, je préfère à cette méthode le tamponnement énergique à la gaze iodosormée. Il suffit de renouveler ce tamponnement tous les jours ou tous les deux jours; il est facile de remplir tous les recoins de la cavité vaginale; et la pression qui s'exerce uniformément et dans tous les sens est très efficace.

D'après notre expérience, à moins qu'on intervienne pendant les premiers jours qui suivent l'accident, tous les procédés violents de réduction sont difficiles et dangereux; ils doivent être rejetés au profit des méthodes simples, faciles et efficaces.

St l'inversion est due à la présence d'une tumeur, il faut d'abord enlever celle-ci. La réduction ne souffre alors aucune difficulté : elle se fait même parfois spontanément, quelques jours après l'opération.

Lorsque les moyens cités plus haut ne réussissent pas à réduire une inversion puerpérale, il est permis de penser à l'amputation, quand les souffrances sont très vives et qu'on ne veut point recourir à la laparotomie. Il importe pourtant de bien se convaincre, que dans des cas en apparence désespérés, la réduction a pu être obtenue par la compression permanente à l'aide d'instruments appropriés; des observations récentes en font foi. Dans d'autres cas, la réduction est rendue impossible par des adhérences solides, qui se sont formées au fond de l'infundibulum, L'ancienneté de l'inversion ne contr'indique point pourtant des essais de réduction par la méthode de compression permanente : en effet, on nous rapporte des cas de réduction, après plusieurs années (même quinze ans).

Lorsque le corps de l'utérus est très gonflé et que son pédicule se laisse entamer par le col, on pourra se décider d'après le conseil de *Thomas* et de *Duncan*, à inciser, soit le corps de l'utérus, soit le col qui l'étrangle, de manière à obtenir le dégonflement du premier ou bien le débridement du second.

Après la réinversion, l'orifice interne reste encore pendant un certain temps perméable au doigt : la muqueuse, ou, pour mieux dire, la surface peu à peu hypertrophiée qui recouvrait le fond de la matrice renversée, est devenue trop volumineuse et elle se dispose en bourrelets plissés; le col ne revient que lentement à son état normal.

Lorsque les souffrances ne sont pas trop grandes et qu'il n'y a pas de danger immédiat, il faut s'efforcer de rendre la position de la malade aussi supportable que possible : la tâche du médecin sera d'autant plus facile que la femme se trouvera plus près de l'âge de la ménopause, les douleurs pouvant alors cesser presque complètement.

L'amputation de l'utérus se fait de différentes manières. Autrefois, on ligaturait le corps de la matrice de façon à le détacher petit à petit. Dans ces derniers temps, on a souvent directement enlevé l'utérus, le plus souvent avec l'écraseur linéaire, plus rarement à l'aide du bistouri ou de ciseaux.

L'enlèvement en un temps, de l'utérus, est le procédé le plus dangereux, d'abord à cause de l'hémorragie et ensuite parce que le col, après l'ablation de la matrice, se redresse, en règle générale, et que les surfaces de section sont alors tournées vers la cavité abdominale.

On aura soin de faire l'opération d'après tous les perfectionnements de la technique actuelle et en employant les mesures antiseptiques les plus strictes. L'utérus étant attiré aussi bas que possible, on en fixe la partie supérieure : on retranche l'utérus plus en-dessous, et on arrête l'hémorragie par la ligature des vaisseaux et la suture des surfaces de section, en ayant soin d'y comprendre le péritoine. Il vaudrait mieux encore pratiquer l'extirpation totale de l'utérus par le vagin.

Chez les femmes jeunes, Küstner conseille d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas, d'introduire le doigt, par en haut, dans l'entonnoir utérin, de fendre la paroi postérieure de l'utérus, puis de faire la réduction : celle-ci obtenue, il ferme la plaie utérine par le cul-de-sac postérieur. Cette méthode a donné des succès à Küstner et à d'autres.

5. — HERNIE DE L'UTÉRUS

Il est très rare que l'utérus non gravide constitue le contenu d'un sac herniaire.

On ne connaît aujourd'hui que deux cas de hernie crurale de l'utérus; le premier a été observé par Lallement (1), chez une femme âgée de quatre-vingt-deux ans, et le second par Cloquet, chez un enfant nouveau-né. Boivin et Dugès ont donné le dessin de cette hernie, dans leur atlas, planche XI, figure 3.

Maret, Chopart, Lallement, Cruveilhier, Winckel, Leopold, Olshausen, Scanzoni et d'autres ont décrit des cas de hernie inquinale de la matrice.

L'étiologie des hernies utérines est intimement liée à celle des hernies ovariques (descensus ovariorum), auxquelles je renvoie le lecteur. La cause en est que les ovaires déplacés attirent à eux l'utérus.

Le diagnostic ne saurait offrir de difficultés à la palpation attentive et au cathétérisme.

Dans la plupart des cas il ne peut être question d'une thérapeutique active, attendu que la réduction de la matrice est impossible.

D. - NÉOPLASMES DE L'UTÉRUS

I. - MYOMES (FIBROMYOMES, LEIOMYOMES, FIBROIDES) DE L'UTERUS

Etiolagie. — Le myome, ou fibrome arrondi de l'utérus, est un néoplasme, dont la composition anatomo-histologique est identique à celle du parenchyme utérin, et qui se développe au sein de l'utérus sous forme d'une tumeur globuleuse. La fréquence de ces tumeurs est extraordinaire. D'après Rayle, on les rencontre 20 fois sur 400 à l'autopsie des femmes mortes au-dessus de 32 ans. Cette proportion, que beaucoup d'auteurs ont citée, est certainement exagérée. Klob estime la fréquence des corps fibreux de la matrice, chez des femmes ayant dépassé l'âge de 30 ans, à 40 pour 400. Il est certain que le myome constitue une des affections les plus communes. D'après les auteurs Américains, les races nègre et mulâtre y seraient très sujettes et présenteraient des fibromes même à un âge relativement peu peu avancé (20 ans). En revanche, elles seraient rarement atteintes de kystes ovariques et de cancer utérin.

En ce qui concerne l'âge auquel les malades recherchent l'assistance médicale, je puis dresser, à l'aide des cas observés par moi pendant les 7 1/2 dernières années, le tableau suivant :

⁽¹⁾ Bull. de la fac. de méd., 1816, I, p. 1.