

traît les phlegmasies consécutives par les mêmes moyens, et par les saignées générales et locales.

Nous terminerons ce que nous avons à dire sur la cautérisation, en ajoutant que, si elle a été souvent efficace dans les cas d'ulcérations superficielles, elle est toujours inutile et même nuisible lorsqu'il existe des ulcérations étendues et des dégénérescences squirrheuses et profondes. La résection des parties affectées est alors la seule ressource qui puisse offrir quelques chances de succès.

#### AMPUTATION DU COL DE LA MATRICE.

La résection du col de la matrice au-dessous de l'insertion vaginale, quoique étant une conquête de la chirurgie moderne, avait été conseillée par les anciens. *Ambroise Paré* (1) dit de couper le *thym* du col de la matrice, qui est « dur, âpre ou raboteux, de couleur livide, fongueux, avec une douleur poignante, commé pointes d'aiguilles. » En parlant du *thym malin*, il dit « qu'il s'indigne au toucher, et jette grande quantité de sang étant coupé ou irrité, principalement après la compagnie de l'homme, ou que la femme ait cheminé ou fait quelque grand exercice. » Il ajoute « qu'on pourra mettre le spéculum matricis, afin de voir plus aisément... » *Lapeyronie*, consulté sur un sarcome attaché au bord de l'utérus qui était calleux dans cet endroit, ayant pensé qu'on

(1) OEuvres d'*Ambroise Paré*, lib. XXIV, page 1012.

pouvait extirper la tumeur avec la callosité d'où elle prenait naissance, coupa jusque dans la partie saine, et la malade guérit parfaitement. *N. Tulpius*, mort en 1674, dit (1) que des tumeurs squirrheuses de l'utérus, ayant déjà acquis toute la malignité du cancer, ont été extirpées avec succès. Cependant, à en juger par le dessin qu'il donne de celle enlevée sur une nommée *Gertruda Turina*, il paraîtrait que ces tumeurs n'étaient réellement que des polypes. D'après *Baudelocque*, la résection du col utérin a été proposée par *Lauvariol*, en 1780; elle a été également conseillée par *Wrisberg*, (2) en 1787; par *Monteggia*, en 1788, dans un ouvrage (3) traduit en allemand par le docteur *Schlessing*, et commenté par le docteur *Kravel* dans une dissertation publiée à Iéna, en 1786, où il renouvelle la proposition du célèbre chirurgien de Milan; enfin, en 1801, le professeur *Osiander* offrit le premier exemple bien authentique de la résection du museau de tanche cancéreux. Ayant publié, sept ans après, dans le Bulletin de la Société royale de Gœttingue, un Mémoire où il fit connaître les résultats de plusieurs opérations du même genre, ses heureuses tentatives produisirent une si grande sensation en Allemagne, que l'Académie Joséphine, de Vienne, proposa un prix de 200 flo-

(1) Observat. medend. lib. III. Cap. 54. avec fig. 1641.

(2) De uteri resectione, etc. Goëthingue, 1787.

(3) Annotazionni pratiche sopra gli mali. ven. p. 179.

rins, à décerner à l'auteur du meilleur travail sur ce sujet.

Cette nouvelle et téméraire opération ayant eu en peu de temps un grand retentissement en France, fut bientôt adoptée et pratiquée plusieurs fois avec plus ou moins de succès par *Dupuytren* et M. le professeur *Récamier* à qui la science doit l'immense service d'avoir fait connaître le spéculum cylindrique. Mais les espérances qu'avaient d'abord fait naître les premiers résultats, ne s'étant pas réalisées, la résection du col utérin était en quelque sorte abandonnée par les chirurgiens qui avaient été ses premiers partisans, lorsque en 1826, les nombreuses observations que fit connaître M. *Lisfranc*, forcèrent les plus incrédules à convenir du peu de danger immédiat qu'elle présente en général et à reconnaître que lorsqu'elle est pratiquée à temps et méthodiquement, elle forme la seule ressource qui offre des chances de succès dans certains cas qui ont été rebelles à tous les autres moyens.

Plusieurs procédés ont été proposés ou employés pour pratiquer la résection du col utérin, soit en abaissant l'organe au niveau de la vulve, soit en opérant sans le déplacer.

M. *Osiander*, après avoir porté deux aiguilles courbes garnies de rubans de fil, sur le col de la matrice qu'il traversait dans deux points opposés de sa circonférence, abaissait cet organe aussi près que possi-

ble de la vulve en exerçant de petites tractions, puis il faisait la section des parties malades ou avec le bistouri de *Pott*, et tamponnait ensuite le vagin avec des boulettes de charpie ou une petite éponge, qu'il recouvrait d'un mélange de poudre d'alun, de gomme arabique et de colophane.

Le professeur *Dupuytren*, et après lui la plupart des chirurgiens, ont remplacé les rubans d'*Osiander* par une pince de *Muzeux* très-longue et présentant des crochets peu courbés de manière à saisir et à lâcher lorsqu'on veut le col utérin; nous allons du reste rapporter en peu de mots le procédé de M. *Dupuytren* tel qu'il est décrit dans la médecine opératoire de *Sabatier*. « Le chirurgien introduit dans le vagin le spéculum qu'il a eu l'attention d'oindre d'huile, et le donne à maintenir à un aide. Cela fait, il saisit et attire légèrement à lui, avec la pince de *Muzeux*, tenue de la main gauche, toute la portion du col de l'utérus, qui est affectée de dégénérescence carcinomateuse, et il la retranche avec un couteau à deux tranchans, courbé sur son plat, ou mieux avec de très-longs et très-forts ciseaux également courbés sur leur plat et parfaitement tranchans, tenus de la main droite, et qu'il porte alternativement en haut, en bas et sur les côtés, en tournant en dedans leur concavité, et les faisant agir autant que possible sur les parties saisies au-delà des limites du mal. »

Le procédé de M. *Lisfranc* qui est le plus générale-

ment suivi, consiste également dans l'abaissement de la matrice jusqu'au niveau de la vulve ; les pièces de l'appareil et les instruments nécessaires pour l'opération, sont, un spéculum bivalve, deux pinces de *Muzeux*, deux bistouris boutonnés, un droit et un à lame courbée sur le tranchant, de forts ciseaux courbes sur le plat, une pince à torsion, des ligatures, des compresses, de la charpie, enfin un bandage en T.

Afin de ne rien omettre et pour mieux exposer ce procédé avec tous ses détails, nous le rapportons ici, tel que nous l'avions décrit dans notre Mémoire sur l'amputation de la matrice, d'après la thèse du docteur *Avenel* de Rouen, ancien élève et prosecteur des cours de médecine opératoire de M. *Lisfranc*.

La femme étant couchée comme nous l'indiquons pour notre procédé, M. *Lisfranc* emploie un spéculum composé de deux demi-cylindres d'étain sur les extrémités desquels sont soudées deux tiges de fer qui s'articulent entre elles. Dans cette disposition il résulte qu'en pressant sur l'extrémité libre de ces tiges, les deux cylindres s'éloignent l'un de l'autre ; leur écartement permet plus facilement au col très-volumineux de s'engager dans leur capacité, et aux instruments nécessaires à l'opération de passer. En outre, en tendant le vagin dans toute son étendue, il empêche qu'en formant une plicature vers son fond il ne vienne à couvrir plus ou moins le col. Les pin-

ces de *Muzeux*, dont M. *Lisfranc* fait usage, sont plus longues et plus fortes que celles dont on se sert ordinairement ; leurs crochets, moins courbés, embrassent très-bien l'organe sans qu'on soit obligé de pousser très-loin leur écartement ; d'ailleurs la longueur contribue encore à écarter la main de l'aide qui les soutient. L'opérateur, après s'être assuré de la position du col pour qu'il soit embrassé plus tôt, et plus aisément sur le *spéculum*, introduit cet instrument.

Le museau de tanche est essuyé, s'il en est besoin, afin d'assurer bien sa présence et de voir s'il n'est pas recouvert par quelque plicature vaginale. L'airigne est portée fermée immédiatement au-dessous de l'organe, au moment où ses mors sont suffisamment ouverts et engagés entre le col et les parois du *spéculum*, pour saisir, s'il est possible, deux points diamétralement opposés du premier ; l'opérateur pousse légèrement sur eux à mesure qu'ils s'implantent dans le tissu même de la matrice.

Cette manœuvre est indispensable pour suivre le mouvement d'ascension de l'organe, mouvement qui exposerait à le saisir trop bas. On extrait le *spéculum* seul très aisément, puisque l'airigne peut passer dans l'écartement que les deux demi-cylindres laissent entre eux. Le premier soin doit consister à exercer sur l'utérus des tractions légères, lentes et graduées, à l'aide desquelles on tente de l'amener au-dessous de

la partie inférieure du vagin, d'abord dans la direction de l'axe du détroit supérieur, ensuite de celui du détroit inférieur du bassin; mais, pour que la matrice soit mieux saisie, et que tous les points du pourtour de la partie inférieure de son col fassent à l'extérieur une égale saillie, le chirurgien applique les mors d'une seconde érigne, sur les extrémités du diamètre transversales ou du diamètre antéro-postérieur de l'organe, suivant la direction dans laquelle la première a été appliquée.

Ainsi, quelque tendance qu'éprouve l'utérus pendant la section à reprendre sa place dans la cavité abdominale, les tissus maintenus en place pourront être coupés, soit à la même hauteur, soit à des hauteurs inégales, suivant les circonstances pathologiques. Portant ensuite le doigt indicateur sur le pourtour de l'insertion du vagin, insertion facile à reconnaître à la présence d'une espèce d'anneau au-dessus duquel la pression fait sentir le vide, le chirurgien confie les pinces à un aide intelligent, qui, par des tractions uniformes, maintient le col susceptible d'un prolapsus plus ou moins grand, suivant les sujets. Cet aide est en face du bassin, et l'opérateur, placé comme lui en dedans des cuisses, est, à gauche de la malade, armé d'un bistouri courbe tranchant sur sa concavité, dont la moitié correspondant à l'articulation de la lame avec le manche doit être garnie de linge jusqu'à un pouce et demi environ de son extré-

mité boutonnée, quelquefois plus, quelquefois moins, suivant le volume du col. L'opérateur commande à l'aide de relever les airignes pour imprimer à la partie inférieure de la matrice un mouvement de bascule qui fasse saillir davantage la partie postérieure de son col; ainsi, on verra mieux les limites de la maladie qui y siège, et l'on pourra couper plus haut. Le chirurgien glisse ensuite son doigt indicateur gauche à demi fléchi derrière le museau de tanche, mesure avec ce doigt, dont la face palmaire est dirigée en bas, la hauteur à laquelle la section doit être faite; le bistouri est placé immédiatement au-dessous de lui, et au fur et à mesure que l'instrument marche, il le dirige et lui sert de point d'appui, tandis que l'aide abaisse graduellement les airignes pour faire saillir à leur tour successivement les autres points du col de la matrice, suivant que le chirurgien doit couper à des hauteurs différentes. Il est bien entendu que, la maladie pouvant s'élever plus d'un côté que de l'autre, cet aide sera chargé, pour que le mal soit complètement enlevé, de donner, par les mouvements qu'il imprimera aux pinces, des inclinaisons convenables à l'extrémité inférieure de la matrice, et surtout de ne point exercer de tractions trop fortes à mesure que la section s'achève, dans la crainte de déchirer ces tissus. Ce bistouri, d'ailleurs, doit marcher en sciant et à petits coups, pour éviter la lésion des grandes lèvres, l'inégalité de la plaie et les écarts

dangereux. Ce temps de l'opération est assez difficile à cause de la résistance qu'offre dans l'état naturel le tissu du col de l'utérus.

Il est des cas dans lesquels le col est trop volumineux pour pouvoir s'engager dans le *speculum* : alors on est obligé de faire abstraction de cet instrument et de conduire sur le doigt indicateur des érignes qu'on va fixer sur le museau de tanche.

#### MODIFICATIONS DE L'AUTEUR.

Pour éviter d'employer à la fois deux pinces de *Muzeux*, qu'on est forcé de confier à des aides, dont les mains gênent les manœuvres, et surtout pour saisir d'un seul coup dans tous les sens, d'une manière plus solide et sans difficulté, le col de la matrice qu'on veut abaisser, nous avons imaginé en 1828 une érigne à huit crochets qui se rapprochent et s'écartent au moyen d'une tige centrale fixée sur un coulant disposé en croix. Avec cet instrument que nous appelons *utéro-ceps* des mots latins *uterus* matrice et *capere* prendre, un chirurgien peut opérer seul, exécuter par conséquent plus uniformément les tractions, enfin diriger plus méthodiquement les mouvements d'élévation, d'abaissement et de latéralité qu'exige la section des parties malades.

Le manche de notre quadruple-érigne, qui est rendu mobile au moyen d'une charnière, doit être

dirigé du côté de l'anus, de manière que les mains de l'opérateur ne masquent pas l'entrée de la vulve et l'intérieur du spéculum, comme cela arrive quand on se sert des pinces de *Muzeux*. Pour pratiquer l'amputation du col utérin avec l'*utéro-ceps*, on l'introduit dans notre spéculum ou dans tout autre multivalve, puis après en avoir fixé les crochets solidement sur la circonférence du col, on replie le manche dans le sens des tiges de l'érigne, puis on retire l'instrument dilatateur comme le fait *M. Lisfranc*.

Après l'extraction du spéculum, on fait prendre au manche de l'*utéro-ceps* la direction qu'il avait primitivement, c'est-à-dire qu'on le ramène du côté du périnée, pour opérer ensuite l'abaissement de la matrice avec lenteur et ménagement, et d'après les principes que nous avons signalés plus haut.

L'opérateur, en se servant de notre pince, non seulement saisit le col avec un seul instrument, mais encore a beaucoup moins à craindre les déchirements qui résultent, soit des tractions inégales et faites plutôt dans un sens que dans un autre, soit de la fatigue et de la maladresse des aides qui ne pouvant assez longtemps maintenir rapprochées les branches des pinces de *Muzeux*, les lâchent suffisamment pour qu'elles abandonnent le col, comme nous pourrions en citer plusieurs exemples. Nous avons vu également qu'après ce fâcheux accident, un professeur de l'école

avait été obligé de renoncer à l'opération, et qu'il était résulté de sa malheureuse tentative des accidents nerveux très intenses et une métropéritonite qui causa la mort de la malade.

Si après avoir placé notre érigne il était impossible, comme cela arrive fréquemment, d'abaisser l'utérus jusqu'au niveau de la vulve, on ne devrait pas pour cela abandonner l'opération ; mais il faudrait replacer le spéculum sans ôter l'utéro-ceps, puis faire la section du col, soit avec nos couteaux dont l'extrémité est montée en fer de faux, soit avec des ciseaux extrêmement recourbés dont nous donnons les dessins à la fin de ce volume. On pourrait également se servir de ces deux derniers instruments pour faire la section du col, lors même qu'on l'aurait saisi avec les pinces de *Muzeux*.

Nous terminerons en disant que, en opérant avec les modifications et les instruments que nous venons d'indiquer, on n'a pas besoin d'aides intelligents qui aient souvent vu faire l'opération et qu'on ne trouve que dans quelques grands hôpitaux de Paris.

#### DE L'HYSTÉROTOMIE SANS DÉPLACEMENT DE LA MATRICE.

Le grand nombre d'amputations du col de la matrice, que nous avons vu pratiquer par les méthodes précédentes, nous ont prouvé que les tractions exercées

DE L'HYSTÉROTOMIE SANS DEPLAC' DE LA MATRICE. 693  
sur cet organe et ses annexes rendaient cette opération le plus souvent très longue et toujours pénible et douloureuse, et que la section du col faisait à peine souffrir les malades et était, dans quelques cas, presque imperçue par elles.

Ces motifs, la difficulté et souvent l'impossibilité qu'on éprouve d'abaisser la matrice, dans les cas de cancer mou, fongueux et frangé, etc.; le prolapsus quelquefois considérable qui résulte de l'opération et qui retarde ou empêche la cicatrisation de la plaie par des froissements répétés ; les accidents nerveux et tous les symptômes fâcheux qui dépendent des tractions, des déplacements, de l'extension forcée et trop prompte du tissu, des membranes, des ligaments, des nerfs et des vaisseaux, non seulement d'un organe déjà malade et enflammé, mais encore de plusieurs autres organes dont les rapports anatomiques sont, comme ceux de la matrice, plus ou moins changés ; le danger qu'il y a de perforer le vagin comme cela a déjà eu lieu en opérant dans cette cavité avec le secours de divers instruments que nous ferons connaître, enfin l'espoir de pouvoir offrir une ressource chirurgicale à un mal dont la nature et les progrès auraient fait regarder comme inapplicables toutes les autres méthodes opératoires, nous ont suggéré l'idée d'un *hystérotome* qui, agissant sans exercer de traction, saisit et coupe au fond du vagin dilaté au

moyen du spéculum, le col de la matrice, à la hauteur qui est jugée nécessaire.

Notre *hystérotome*, dont le nom vient des mots grecs ὑστερα, *matrice* et τέμνειν *couper*, est un instrument peu compliqué, qui se compose des pièces suivantes :

Un tube d'acier AA de trois lignes de diamètre, et de six pouces de longueur, terminé à l'une de ses extrémités par une érigne double BB, dont les branches se rapprochent de manière à saisir fortement le col au moyen d'une tige CC destinée à faire avancer le coulant mobile D, qui doit serrer ou écarter les branches à coulisses de l'érigne BB. La tige CC, qui traverse le tube AA dans toute sa longueur, traverse aussi le manche d'ivoire E qui est terminé par un bouton F, par lequel on fait mouvoir la tige CC à laquelle il est fixé. Au milieu de l'instrument est un cylindre de cuivre G, terminé inférieurement par une espèce de poulie H, sur laquelle sont le ressort I et le crochet L qui tient élevé le levier M, qui appuie sur le renflement N du cylindre G qui sert de rappel à la lame O, destinée à couper le col de la matrice. Ce levier M, qu'on élève en pressant son extrémité P, reste fixé au crochet L. C'est ainsi monté, et tel que nous le représentons, que l'hystérotome doit être introduit dans notre spéculum.

## DESCRIPTION DE L'OPÉRATION.

La malade doit être couchée sur le dos et placée sur le bord de son lit; deux aides doivent maintenir les membres abdominaux fortement écartés, et fixer le bassin de manière à ce qu'il soit immobile. Les jambes doivent être fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin. Il faut faire en sorte que le siège soit élevé et dépasse un peu le bord du lit.

Tout étant disposé comme nous venons de l'indiquer, l'opérateur procède à l'introduction du *speculum uteri*, puis après en avoir confié le manche à un aide et s'être bien assuré que le museau de tanche est dans la circonférence inférieure de l'instrument, on introduit l'hystérotome et on pousse de la main droite la tige CC qui fait rapprocher les branches et les crochets de l'érigne BB, qui saisit le col plus ou moins avant, selon que le mal s'étend davantage. Continuant de pousser la tige CC, le cylindre de rappel G porte au moyen du levier M, la lame O au devant des érignes; lorsqu'on presse sur les deux détentes P et Q, cette lame, qui est fixée au levier, tombe subitement sur la partie que l'on veut couper; alors en faisant faire un mouvement de rotation au cylindre G, le levier M tourne autour du col qui est amputé circulairement par la lame O. Avant de lâcher les détentes P et Q, il faut avoir soin de tirer un peu la matrice pour que le tissu