

même cinq degrés. Cette espèce d'injection active puissamment la cicatrisation, qui est souvent retardée par les écoulements blancs auxquels sont sujettes presque toutes les femmes affectées de maladies à la matrice.

Ces écoulements continuant après l'opération, font naître quelquefois des bourgeons sanieux qu'il faut cautériser avec le nitrate acide de mercure. La cautérisation faite par ce moyen non-seulement détruit les bourgeons sanieux, mais encore les bourgeons charnus dont l'exhubérance s'oppose à la cicatrisation.

Pendant les premiers jours qui suivront l'opération, on tiendra la malade à une diète rigoureuse; il faudra de temps en temps recourir aux saignées révulsives, ordonner des bains, des injections émollientes, des lavements. Lorsque la guérison sera complète, on recommandera un régime doux plus spécialement végétal; on usera avec la plus grande modération du coït dont on devrait s'abstenir entièrement s'il se manifestait des douleurs plus vives.

Nous terminerons en disant que l'amputation du col de la matrice, est une opération qui ne doit être pratiquée qu'avec la plus grande réserve et seulement comme ressource extrême dans les cas où les moyens thérapeutiques que nous avons indiqués n'auraient pas empêché le mal de faire de nouveaux progrès et de rendre tout-à-fait inévitable la mort

des malades. Cependant, on ne devra pas attendre que l'affection cancéreuse ait envahi tout le col; car indépendamment des dangers plus grands qui dans ce cas résulteront de l'opération, la récurrence est presque inévitable, lorsque le mal dépassant le museau de tanche, exige qu'on enlève la totalité ou une grande partie du col, et surtout que l'on creuse dans sa cavité, ainsi que le recommandent la plupart des praticiens. C'est pour cette raison que les sections horizontales sont celles qui conviennent le plus souvent, ce qui rend notre procédé applicable, et suffisant dans un grand nombre de cas. D'ailleurs, si on avait laissé quelques points qui parussent être de nature suspecte, il serait toujours facile de les enlever au moyen de notre pince égrigne et d'un de nos couteaux à lame montée en fer de faulx, comme nous l'avons fait sur la femme que nous avons opérée à Longjumeaux.

L'opération offre de plus grandes chances de succès lorsque l'affection est une ulcération primitive reposant sur une couche indurée très mince, et consécutive à la dégénérescence carcinomateuse. *Le cancer fongueux* dont le pédicule plus ou moins étroit est fixé par des racines peu profondes sur le museau de tanche, est encore une des formes du cancer qui, après l'excision des parties, est le moins exposée à une récurrence. Dans tous les cas, on devra différer l'opération, tant que le mal paraîtra rester station-

naire et qu'on aura l'espoir d'arrêter ses progrès par tout autre moyen. Enfin on rejettera définitivement l'hystérotomie, lorsque la lésion ne sera pas bornée au col, ou qu'elle affectera en même temps d'autres organes; il sera bon également de tenir compte de la prédisposition héréditaire, de la marche, de l'ancienneté de la maladie, de l'âge et de la constitution de la malade. Le squirrhe ulcéré, le cancer encéphaloïde, le cancer hématoïde, sont beaucoup plus sujets à une récédive, surtout s'il y a prédisposition héréditaire. Nous devons dire que cette dernière circonstance rend la reproduction du mal presque inévitable, ce qui contr'indique le plus souvent l'opération.

Nous concluons en disant que lors même que l'amputation du col de la matrice ne réussirait qu'une fois sur six et même une fois sur vingt, elle n'en serait pas moins une conquête précieuse de la chirurgie moderne, puisque elle peut sauver la vie à des femmes vouées à une mort certaine ou du moins différer souvent l'époque de ce terme fatal. Nous ajouterons que cette opération, qui est beaucoup moins douloureuse et moins dangereuse que la cystotomie, n'a pas empêché quelques femmes qui l'ont subie de devenir enceintes et d'accoucher heureusement (1).

(1) Madame *Carpentier*, opérée par M. *Lisfranc*, a eu quatre enfants, dont deux jumeaux; ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'avant l'opération, elle n'avait jamais conçu, quoiqu'elle fût

Si dans quelques cas, il peut au contraire en résulter l'oblitération de l'orifice inférieure de la matrice et par conséquent un obstacle à la conception, et à l'écoulement des règles, il est facile d'empêcher cet accident en introduisant une petite sonde de gomme élastique dans l'ouverture du museau de tanche, lorsqu'au moyen du spéculum, on examine l'état de la plaie et la marche de la cicatrisation. Pour opérer la section du col sans avoir à craindre l'hémorrhagie, M. *Mayor*, de Lausanne, a proposé (1) la ligature pratiquée de manière à séparer les parties malades par un étranglement capable d'y détruire la vie et les phénomènes qui en dépendent. Il est inutile de dire que ce moyen offre trop d'inconvénients et trop de difficultés d'exécution pour avoir trouvé des partisans; d'ailleurs, l'hémorrhagie que veut surtout éviter M. *Mayor*, prévient, ou diminue lorsqu'elle est modérée, l'inflammation de la matrice; dans le cas où elle serait trop abondante, on pourrait s'en rendre maître, soit au moyen du tamponnement, soit en cautérisant les vaisseaux ouverts qui fournissent le sang, avec un styilet boutonné rougi à blanc et porté sur la plaie avec l'aide du spéculum.

Nous ne parlerons également que pour en faire mariée depuis plusieurs années. Dans ce cas, et dans quelques autres que nous pourrions citer, il est probable que la section n'avait pas de beaucoup dépassé le museau de tanche.

(1) Séance de l'académie des sciences du 19 février 1827.

mention, de la *cuillère tranchante de Dupuytren* qui est incommode et ne fait que des sections toujours obliques, inégales et morcellées; les ciseaux courbés en demi lune et fixés à angle droit sur leur manche proposés par M. *Arronssohn* de Strasbourg, ont l'inconvénient de couper en pressant et surtout d'exiger un écartement trop considérable pour pouvoir être introduits au fond du spéculum et embrasser le col de la matrice qu'on trouve toujours volumineux et engorgé lorsqu'il est le siège d'une affection cancéreuse.

#### DE L'EXTIRPATION DE LA MATRICE CANCÉREUSE.

Lorsque la dégénérescence cancéreuse a étendu ses ravages jusque sur le corps de la matrice, on a non seulement proposé mais même mis en usage l'extirpation complète de cet organe. Cette effrayante et téméraire opération s'exécute de différentes manières; lorsque l'utérus, altéré dans toutes ses parties, est précipité hors de la vulve, on peut avoir recours à trois méthodes opératoires qui sont, 1<sup>o</sup> l'extirpation au moyen d'une ligature placée sur le pédicule de la tumeur formée par le vagin renversé, 2<sup>o</sup> l'extirpation avec une ligature placée de la même manière et ensuite la section des parties au-dessus des fils, 3<sup>o</sup> l'excision pure et simple sans ligature et avec le secours d'un instrument tranchant. Comme en parlant du

traitement chirurgical du prolapsus de la matrice, il a déjà été question de ces divers moyens d'extirper cet organe, nous croyons inutile de revenir longuement sur ce sujet et nous nous contenterons d'ajouter que ce dernier procédé a l'inconvénient de donner lieu à une hémorrhagie grave, et d'introduire brusquement l'air dans la cavité du péritoine, ce qui détermine presque toujours l'inflammation suraiguë de cet organe. Si le premier procédé a l'avantage de ne pas exposer à une hémorrhagie, il a le grave inconvénient de causer des douleurs vives et prolongées, d'autant plus que la matrice, étranglée, ne tombe qu'après plusieurs jours, pendant lesquels les malades, infectées par les matières putrides que fournissent les parties mortifiées, sont en proie aux symptômes nerveux les plus alarmants et aux accidents inflammatoires les plus graves. On doit donc rejeter ces deux procédés et préférer toujours le second que nous avons indiqué, c'est-à-dire la ligature et l'excision de l'organe au-dessous de la constriction. L'opération est aussi simple que possible, et on a de plus l'avantage d'éviter l'hémorrhagie, l'ouverture de la cavité du péritoine, le gonflement et la fonte putride de l'utérus, enfin la plupart, des accidents graves que déterminent les autres méthodes opératoires.

Soit que la matrice cancéreuse se trouve naturellement à l'état de précipitation complète, soit qu'elle

y ait été amenée par des tractions méthodiques, on devra toujours avant de placer les ligatures sur le pédicule vaginal, s'assurer si la vessie ou les intestins ne sont pas descendus dans la cavité que forme le vagin déplacé; on évitera du reste de blesser ces organes, en élevant le bassin sur le lit un peu plus que le reste du corps et en lui imprimant quelques secousses. Le chirurgien, au moyen d'une aiguille armée d'un double cordonnet de soie très solide, transpercera ensuite les parois du vagin en agissant dans le sens vertical, c'est-à-dire du pubis vers le rectum, puis, après avoir séparé les fils de cette double ligature, il liera séparément les deux portions correspondantes du pédicule à étrangler. De cette manière, la constriction est plus immédiate et les ligatures risquent moins de glisser, après la résection de la matrice qui, comme nous l'avons dit, doit être faite au-dessous des fils.

Pour abaisser l'utérus non déplacé, afin d'opérer ensuite l'ablation de cet organe, on pourra employer avec avantage, soit notre quadruple érigne, soit une sorte de sonde creuse qui est susceptible d'être introduite dans la cavité utérine dont les parois sont saisies de dedans en dehors au moyen de quatre petits crochets qui s'y développent plus ou moins en faisant tourner une virole en forme de volant ou vis de rappel qui est fixée à l'extrémité extérieure de l'instrument. Cette sonde, qui se meut par le même méca-

DE L'EXTIRPATION DE LA MATRICE CANCÉREUSE 717  
nisme que notre tire-tête, et que nous avons imaginée en 1828 pour faire des essais sur le cadavre, avec M. *Lisfranc*, qui, à cette époque devait pratiquer l'ablation totale de la matrice, ne doit être employée que dans le cas où le col n'offrirait pas assez de prise aux érignes, et où le mal n'aurait pas encore ramolli l'intérieur de l'utérus et lui offrirait par conséquent un point d'appui solide. L'instrument de M. *Guillon* et de M. le professeur *Récamier*, qui ont quelque analogie avec le nôtre, pourraient également être employés dans le même but, mais ils n'ont pas l'avantage de pouvoir être fixés assez solidement, de présenter une échelle graduée qui indique d'une manière précise l'écartement des branches, enfin, de pouvoir être introduits ou retirés facilement à cause du volume et des saillies trop considérables de leur extrémité brisée.

*Extirpation de la matrice sur place.* Lorsque la rigidité des ligaments utérins ne permet pas d'abaisser l'organe, ce qui rend l'opération beaucoup plus difficile, plus longue et plus dangereuse, on peut néanmoins en faire l'ablation totale, d'après deux méthodes principales. La première, que l'on désigne sous le nom de méthode *hypogastrique* ou *suspubienne*, a été proposée positivement et décrite méthodiquement par M. *Gutberlat* en 1814; cette méthode, qui est une des tentatives les plus hardies de la chirurgie moderne, et que nous rejetons dans tous

les cas , consiste à embrasser d'abord le col utérin et à fixer la totalité de l'organe au moyen d'une sorte d'anneau monté sur un long manche de manière à pouvoir être introduit dans le vagin; puis après avoir fait sur la ligne blanche et au-dessus de la vessie une incision assez étendue pour permettre l'introduction de la main , le chirurgien saisit la matrice , l'attire à lui , la soulève , et coupe les ligaments larges et l'extrémité supérieure du vagin , au moyen de longs ciseaux conduits de la main droite.

Cette méthode, la plus dangereuse de toutes et qui est une des plus faciles à exécuter , n'a été appliquée sur le vivant par MM. *Langenbeck* de Goettingue et le professeur *Delpech*. Sans parler des modifications qu'y ont apportées ces deux habiles chirurgiens, nous nous bornons à dire que les deux femmes ont succombé l'une après trente-deux heures , et l'autre le troisième jour.

Cette horrible opération offre si peu de chances heureuses que non-seulement on ne devrait jamais la tenter , mais même ne la laisser figurer dans les traités de médecine opératoire que pour la proscrire sans restriction.

L'ablation de la matrice non déplacée , opérée par la méthode sous-pubienne , a été pratiquée pour la première fois , en 1822 par M. *Sauter* de Constance, médecin du Grand Duc de Bade; cet habile praticien avant de commencer l'opération fait vider la

vessie et le rectum , puis après avoir fait prendre à la malade la position que nous avons indiquée pour l'excision du col utérin et avoir dit à un aide de déprimer l'utérus et de refouler en haut les intestins , avec une main placée au-dessus du pubis de manière à ce que la paume regarde la symphise , « l'opérateur introduit l'index et le médius gauche dans le vagin , jusqu'à son cul-de-sac ; il passe le bistouri convexe entre ses doigts et coupe circulairement le vagin sur le col jusqu'à deux ou trois lignes de profondeur ; il porte ensuite entre les mêmes doigts des ciseaux courbes sur leur tranchant avec lesquels il sépare la vessie de l'utérus jusqu'au péritoine , en serrant de près l'utérus ; pour cela, il tire et amène entre les lames des ciseaux, avec ses doigts , les portions de tissu cellulaire les plus fortes , afin de les couper avec précaution. Ce procédé est plus facile et plus sûr que celui où l'on emploie le bistouri concave. Cette séparation , poussée jusqu'au péritoine inclusivement , sera achevée , à la face postérieure de l'utérus , avec des ciseaux courbes sur le plat , dont la concavité reposera sur cet organe , qui le détacheront complètement du rectum , et permettront aux doigts glissés sur l'utérus de pénétrer dans l'abdomen. Parvenu à ce point, l'opérateur introduit la main gauche en entier , la paume tournée en arrière et enveloppant l'utérus ; avec l'index et le médius il tire en bas la plus élevée des attaches latérales , et la

coupe avec le bistouri concave, glissé entre ses doigts et conduit avec lenteur et précaution; il en fait de même pour l'autre attache, en opérant au même point sur chacune d'elles alternativement, pour pouvoir faire la section avec sûreté des deux côtés, tandis que la matrice est encore en position. Il est inutile de remarquer que l'opérateur doit avoir soin de faire tomber les dernières sections sur la première, afin de ne pas prolonger inutilement l'opération.

» Pendant tout le temps que celle-ci dure, l'aide sus-indiqué doit maintenir sa main, comme il a été dit plus haut; lorsqu'elle est achevée, l'opérateur doit s'occuper de l'hémorrhagie. Il se peut qu'elle ne soit pas considérable; c'est ce qui a eu lieu dans mon observation, et ce qui doit arriver toutes les fois qu'on se tient près de l'utérus, parce que ses vaisseaux sanguins propres sont d'un petit calibre, comme des recherches multipliées me l'ont montré. Dans ce cas, l'hémorrhagie ne demande point de secours particuliers: mais si elle est considérable et donne de l'inquiétude, il faut immédiatement introduire un grand gâteau de charpie, qu'on pousse contre les intestins, puis garnir tout le pourtour du vagin avec de grands morceaux d'agaric préparé, dont on remplit le vide avec de la charpie; ce moyen simple me paraît préférable à l'emploi des styptiques.

» La malade, après ce pansement, sera couchée

et maintenue dans une position horizontale; ce sera seulement alors que l'aide cessera de retenir les intestins avec sa main.

» S'il ne survient pas d'accidents étrangers aux conséquences naturelles de l'opération, la guérison ne demande que de simples précautions de prudence. Il faut éviter tout ce qui pourrait pousser les intestins dans le petit bassin, et pour cela il convient surtout que la malade ne change pas de situation pendant plusieurs jours. Les injections dans le vagin, si on les juge nécessaires ou convenables devront être poussées avec douceur, pour qu'elles ne pénétrant pas dans l'abdomen; on aura la même attention en plaçant de la charpie. Dans les cas ordinaires, ces précautions sont suffisantes, le reste doit être abandonné à la nature qu'il suffit de ne pas troubler. » (Mémoire de *Sauter*, traduit par le docteur *Peschier* de Genève, et inséré dans les mélanges de chirurgie étrangère, 1824).

La femme qui d'après ce procédé fut opérée par M. *Sauter*, le 28 janvier 1822, mourut quatre mois après. M. *Hoelscher* qui opéra d'après la même méthode, le 5 février 1824, vit mourir sa malade au bout de 24 heures. Il fut obligé d'inciser latéralement le vagin pour faciliter les manœuvres et l'introduction des mains; et dans le but de diriger l'action de l'instrument tranchant pendant la séparation de l'insertion vaginale sur la face antérieure de la ma-