

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-

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