

l'état normal; cependant il est encore dans le bassin; dans les cas de prolapsus, au contraire, le doigt, à peine introduit dans le vagin, rencontre tout de suite cet orifice.

Presque tous les polypes sont insensibles, du moins à une certaine distance de leur pédicule, tandis que l'utérus est toujours sensible, quelle que soit sa position.

Enfin, avec les polypes, il y a des hémorrhagies concomitantes qui manquent dans les cas de prolapsus utérin: et, au contraire, la matrice en prolapsus est exposée à s'ulcérer, et les polypes ne le sont pas.

VIII. Avec l'inversion de l'utérus. — L'histoire de l'inversion est tout autre que celle des polypes: l'inversion se produit en général tout à coup après le travail, et s'accompagne d'hémorrhagie et d'un collapsus général.

Les polypes se développent lentement, et s'ils sont accompagnés d'hémorrhagies, ils ne sont pas accompagnés de collapsus général. L'inversion peut bien aussi se faire graduellement, mais c'est seulement dans les cas où elle est produite par une tumeur fibreuse ou un polype, et, en pareil cas, la présence de la cause productrice éclairera le diagnostic. Dans l'inversion, le doigt est arrêté par la réflexion des parois vaginales. Dans le polype, à moins que le pédicule ne soit trop volumineux, le doigt pénètre facilement dans le vagin et peut arriver jusqu'au col utérin.

La surface d'un utérus en inversion est raboteuse sous le doigt; celle d'un polype est lisse et unie; enfin, dans l'inversion, la sensibilité est plus grande et plus générale que dans le poly, e.

#### § V. — Pronostic.

Le pronostic doit toujours être considéré comme grave, tant que le polype est dans l'utérus; la malade est toujours exposée à des hémorrhagies graves et à de sérieux accidents primitifs et secondaires. Si la tumeur n'est pas enlevée, elle peut amener une terminaison fatale, par suite de l'épuisement dans lequel elle jette la malade; ou elle peut donner lieu à un prolapsus ou à une inversion; elle peut empêcher la conception ou causer un avortement; enfin, si la malade amène son enfant à terme, tous les dangers ne sont pas encore évités: l'accouchement peut être rendu très-difficile par suite d'obstacles mécaniques; ou une hémorrhagie fatale peut survenir, l'utérus ne pouvant se rétracter. En général, cependant, une fois le polype enlevé, la malade revient rapidement à la santé.

#### § VI. — Traitement.

[L'élimination spontanée, dit M. Marchal (de Calvi) (1), est le terme générique qui désigne l'acte par lequel un polype est spontanément détruit

(1) Marchal (de Calvi), *Observations et remarques sur la cure spontanée du polype utérin* (Ann. de la chirurgie française et étrangère. Paris, 1813, t. VIII, p. 385).

ou séparé de son siège. Elle peut avoir lieu par *gangrène*, par *détachement*, par *expulsion*. Il est nécessaire d'expliquer la différence qui existe entre l'expulsion et le détachement. Dans l'*expulsion*, le mécanisme est absolument pareil à celui de l'accouchement; le polype joue le rôle du fœtus: la matrice se contracte sur lui et l'expulse. Il faut, sans doute, qu'il y ait rupture du pédicule pour que l'expulsion ait lieu; mais ce qui frappe, dans le phénomène, c'est l'action expultrice de l'utérus. Dans le *détachement*, il n'y a rien de semblable: c'est le col qui agit par son ressort sur le pédicule et qui sépare insensiblement le polype, ou bien c'est ce dernier qui, par son poids, allonge le pédicule et se détache.

Il y a six modes d'élimination spontanée de ces polypes:

- 1° Par destruction gangreneuse sur place;
- 2° Par accouchement du polype ou expulsion;
- 3° Par atrophie, ulcération ou gangrène du pédicule;
- 4° Par élongation, amincissement et rupture du pédicule;
- 5° Par suite du travail de l'accouchement;
- 6° Enfin par éradication soudaine.

Dans ce cas, le polype est arraché violemment, instantanément, par suite d'un effort soudain. Le pédicule est comme tordu d'un seul coup sur lui-même.

M. Marchal, après avoir réuni 24 observations empruntées aux auteurs, cite comme exemple unique de ce mode d'élimination spontanée des polypes utérins l'observation suivante:

OBSERVATION III. — Madame X..., demeurant rue Saint-Jacques, ayant toujours été bien portante, très-active, éprouva, vers l'âge de quarante-cinq ans, des pertes utérines, non très-abondantes, mais fréquentes. Elle se plaignait en même temps de douleurs dans les aines et dans les reins. M. D..., qu'elle consulta, l'examina, crut à un engorgement de l'utérus, et prescrivit des applications de sangsues répétées, des bains, des lavements, un régime doux, le repos général, et surtout celui de l'organe malade. Ce traitement ne produisit aucune amélioration; il n'en fut pas moins continué pendant plusieurs années. Madame X..., affaiblie par les sangsues, affaiblie par les métrorrhagies, commençait à se décourager, lorsqu'un jour, en se préparant elle-même un bain, elle souleva un cylindre très-pesant, et sentit un objet s'échapper de ses parties génitales. S'étant aussitôt saisie de cet objet, elle s'écria qu'elle venait de rendre un cœur de volaille. En fait, elle venait d'être débarrassée, par un violent effort, d'un polype qui avait effectivement quelque vague ressemblance, dans la forme, avec un cœur de poulet. C'était ce polype qui avait amené les pertes et tous les symptômes précités, pour lesquels, en vue d'une métrite supposée, cette pauvre femme



Fig. 99. — Polype expulsé spontanément (\*).

(\*) Il a un corps et un pédicule. Ce dernier est lisse d'un côté, et présente, de l'autre, une déchirure qui donne une idée de la manière dont le détachement s'est effectué. (MARCHAL, de Calvi.)

avait été soumise au traitement antiphlogistique pendant un si long temps. Voici ce polype, dans sa configuration et ses dimensions.

Le corps anormal était entièrement formé de tissu utérin (fig. 99). Je l'ai présenté à l'Académie de médecine (1), plusieurs membres l'ont examiné attentivement, et aucun doute ne s'est élevé sur sa texture. C'est donc avec raison que j'ai regardé le cas comme doublement remarquable; il l'est, en effet, et par l'élimination du polype, et par la nature de celui-ci.

Un petit écoulement de sang eut lieu à la suite de la brusque élimination du polype et s'arrêta presque aussitôt. Dès ce jour, madame X... n'éprouva plus aucune espèce d'incommodité du côté des voies génitales. Je l'ai revue plusieurs fois pour une légère affection intestinale, et elle ne cesse de se louer de ce qu'elle appelle la cure du cylindre.]

Quand l'opération est nécessaire, la première question à se poser dans tous les cas où on a lieu de soupçonner un polype est celle-ci : la tumeur est-elle, oui ou non, à la portée des instruments ?

L'examen par le vagin éclaire ordinairement sur ce point; mais il y a encore un grand nombre de cas dans lesquels le polype existe réellement sans qu'on puisse en acquérir la certitude. Dans ces cas, et dans ceux où le polype est situé trop haut pour qu'on l'opère; dans ceux où il est trop volumineux pour passer à travers l'orifice de l'utérus, tous les efforts du chirurgien doivent tendre à modérer les accidents actuels, à soutenir la constitution et à provoquer, si c'est possible, la descente du polype. On tentera d'abord de diminuer les hémorrhagies au moyen d'injections astringentes, de tamponnement du vagin, de dérivatifs sur le sacrum, et enfin de médicaments astringents administrés à l'intérieur. On peut ainsi obtenir déjà quelques résultats, bien que, chez la plupart de mes malades, le soulagement n'ait été que partiel. C'est tout au plus si, par ces moyens, on permet à la malade d'attendre la descente du polype avec moins de dangers que si l'on n'eût rien fait. Il faut prescrire la nourriture la plus tonique possible, mais donner du vin en quantité très-modérée. Afin de hâter l'expulsion du polype à travers l'orifice de l'utérus, il est à propos d'administrer l'ergot de seigle, dont l'action sera d'ailleurs très-utile pour arrêter les hémorrhagies. Si le polype paraît et disparaît alternativement, on administrera encore l'ergot de seigle, et au moment où il paraît hors de la matrice, on le saisit avec des pinces de Museux, droites ou courbes (fig. 100 et 101), ou avec la pince-érigne de Alph. Robert (fig. 102), on l'attire en bas et l'on pose une ligature.

Dans le but de dilater l'orifice utérin, on a donné, dit-on, avec succès la teinture de *Lobelia inflata* (2).

Quand le polype est volumineux et ne peut passer qu'à grand' peine à

(1) Marchal (de Calvi), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1812-1843, t. VIII, p. 658.

(2) *Edinburgh Journal*, juillet 1835.

travers l'orifice utérin, Boivin et Dugès (1) recommandent des applications de belladone sur le col utérin, et Dupuytren (2) conseille l'incision du col. J.C. Lee (de New-York) a le premier fendu le col et appliqué une ligature

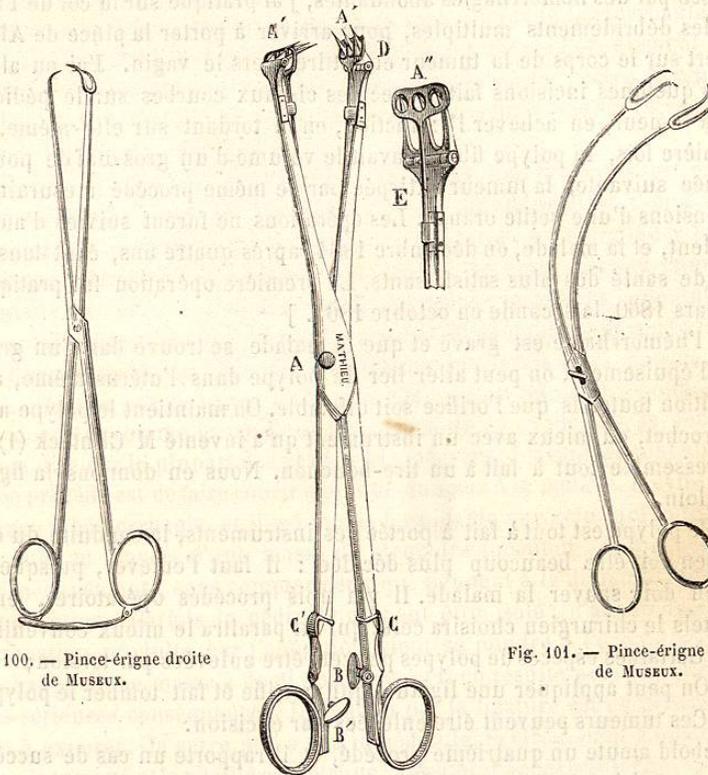


Fig. 100. — Pince-érigne droite de Museux.

Fig. 101. — Pince-érigne courbe de Museux.

Fig. 102. — Pince-érigne de ALPH. ROBERT (\*).

sur le polype (3). Cependant il est rare qu'on soit forcé d'en venir à l'un ou à l'autre de ces moyens, l'hémorrhagie servant elle-même à relâcher les fibres utérines.

Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 356.

(2) Dupuytren, *Journal universel hebdomad. de médecine et de chirurgie pratiques*, juillet 1899, n° 42, et *Leçons orales de clinique chirurgicale*. Paris, 1838.

(3) J. C. Lee, *American Medic. Journ.*, 1855.

(\*) Cet instrument est formé par une longue pince à anneaux dont les branches s'articulent en A à la manière d'un forceps; A' A', trois dents mobiles autour d'une charnière; D, plaque perforée de trous en face de chaque dent et destinée à rendre l'instrument mousse lorsque les dents A' sont dans l'axe des branches, comme en A"; BB', vis de rappel faisant mouvoir la tige E, et par suite la plaque A' : celle-ci, en descendant jusqu'à l'insertion des dents, donne à celles-ci la direction A'; CC, ressort destiné à maintenir immobile la tige E une fois que les dents de la pince ont pénétré dans la tumeur. Chaque branche peut isolément servir d'érigne, ou les deux peuvent être introduites rectilignes et mousses de chaque côté de la tumeur, puis articulées, et alors, en faisant mouvoir la vis, les dents pénètrent d'elles-mêmes dans la tumeur sans déchirer les parties voisines.

[ Il n'en est pas toujours ainsi, si l'on en juge par l'exemple suivant : Deux fois, à un an de distance, chez une de mes malades atteinte de polypes fibreux insérés sur les parois de l'utérus par un pédicule très-large, épuisée par des hémorrhagies abondantes, j'ai pratiqué sur le col de l'utérus des débridements multiples, pour arriver à porter la pince de Alph. Robert sur le corps de la tumeur et l'attirer vers le vagin. J'ai pu alors, après quelques incisions faites avec des ciseaux courbes sur le pédicule de la tumeur, en achever l'extraction, en la tordant sur elle-même. La première fois, le polype fibreux avait le volume d'un gros œuf de poule ; l'année suivante, la tumeur extirpée par le même procédé mesurait les dimensions d'une petite orange. Les opérations ne furent suivies d'aucun accident, et la malade, en décembre 1864, après quatre ans, était dans un état de santé des plus satisfaisants. La première opération fut pratiquée en mars 1860, la seconde en octobre 1861. ]

Si l'hémorrhagie est grave et que la malade se trouve dans un grand état d'épuisement, on peut aller lier le polype dans l'utérus même, à la condition toutefois que l'orifice soit dilatable. On maintient le polype avec un crochet, ou mieux avec un instrument qu'a inventé M<sup>r</sup> Clintock (1), et qui ressemble tout à fait à un tire-bouchon. Nous en donnons la figure plus loin.

Si le polype est tout à fait à portée des instruments, la conduite du chirurgien doit être beaucoup plus décidée : il faut l'enlever, puisque ce moyen doit sauver la malade. Il y a trois procédés opératoires, entre lesquels le chirurgien choisira celui qui lui paraîtra le mieux convenir :

- 1° Certaines espèces de polypes peuvent être enlevées par torsion ;
- 2° On peut appliquer une ligature qui mortifie et fait tomber le polype ;
- 3° Ces tumeurs peuvent être enlevées par excision.

Siebold ajoute un quatrième procédé, et il rapporte un cas de succès : il s'est servi du cautère actuel (2).

De tous ces procédés, la ligature est celui qui a été le plus souvent employé, parce qu'on le regarde comme celui qui entraîne le moins de dangers.

I. *Ablation par torsion.* — Si l'on réfléchit que certains polypes se sont détachés par les seuls efforts de la nature, par suite de leur propre poids ou des diverses secousses qu'éprouve le corps, comme Marchal (de Calvi) en a cité 24 observations, on en arrive naturellement à admettre que ces tumeurs pourraient être facilement enlevées, sans qu'on eût recours à une formidable opération. Ce n'est cependant que dans les cas de polypes cellulaires ou glandulaires que le procédé par torsion est applicable : il faut que le tissu de la tumeur soit mou et lâche.

Le procédé opératoire est très-simple : on saisit le polype entre l'index et le pouce, ou bien avec une paire de pinces spéciales, ou enfin, s'il est

(1) M<sup>r</sup> Clintock, *Clinical Memoirs on diseases of women*. Dublin, 1863.  
 (2) A. E. von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vbl. I, p. 709.

très-petit, avec la pince de Wilde (1). On fait doucement plusieurs tours de torsion, jusqu'à ce que le pédicule se rompe, et l'opération est terminée. Si, après un degré raisonnable de torsion, la tumeur ne vient pas, si le pédicule est trop épais, il vaudra mieux avoir recours à l'une des autres méthodes d'ablation. Jamais, à ce que je sache, aucune hémorrhagie n'a suivi l'enlèvement des polypes par torsion, et même l'écoulement qui existait antérieurement cesse. Les seuls soins à prendre, outre le régime général, sont de faire deux ou trois fois des injections vaginales avec un liquide légèrement astringent.

[On voit, par l'exemple que nous avons cité, que la torsion est également applicable aux polypes fibreux même volumineux si l'on a soin, dans les cas où le pédicule de la tumeur est large, d'en diminuer le volume par quelques incisions faites au moyen de longs ciseaux courbes. Ajoutons qu'il faut, au moment où l'on pratique la torsion, que l'utérus soit solidement maintenu par un aide, ce qui est généralement rendu facile par l'hypertrophie considérable qu'ont subie les parois de la matrice.]

II. *Ablation par ligature.* — Ce procédé, qui est loin d'être nouveau, a été considéré comme le meilleur par beaucoup de praticiens, je pourrais même dire par la plupart des praticiens modernes. L'avantage tout spécial de ce procédé est de faire courir moins de dangers à la malade. Il évite toute chance d'hémorrhagie, et il est moins formidable que celui qui consiste à trancher au travers d'une masse de structure inconnue. Il a cependant ses inconvénients, sans compter ceux qui tiennent à la difficulté même de l'application. Parfois le pédicule ne peut être isolé ; d'autres fois l'inflammation produite par l'opération vient se joindre à l'écoulement qui s'échappe d'une masse à demi putréfiée, et il en résulte pour la malade de très-sérieuses conséquences. L'ablation par la ligature est en principe facile à exposer. On serre peu à peu le pédicule, la circulation s'interrompt dans la tumeur, et la vitalité est détruite ; aussitôt, d'après une loi bien connue de la nature, les parties détruites tendent à se séparer des tissus vivants. L'expérience a appris que cette ligature peut être appliquée sur n'importe quel point du pédicule avec un égal succès, car la portion qui reste, au lieu de donner naissance à un nouveau polype, ne manque jamais de se mortifier. La ligature a même été employée avec succès dans des cas où le polype tout entier était logé dans la cavité du col (2). Si le pédicule est très-épais, il sera à propos de faire usage de deux ligatures au lieu d'une, c'est-à-dire de passer une aiguille avec un fil double à travers le corps du pédicule ; on retire ensuite l'aiguille, et chacune des moitiés de ce pédicule se trouve entourée par une ligature distincte. Ce procédé accélère considérablement la mortification.

On a proposé un grand nombre de canules et de procédés de ligature,

(1) Voy. chapitre des TUMEURS DU MÉAT URINAIRE, p. 91.  
 (2) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1839, t. IV, p. 387.

nous n'en mentionnerons ici qu'un petit nombre. Sir Clarke préfère un fil de soie ciré (1). Hamilton a fait usage de fil d'argent. « Les fils d'argent, dit-il, ont sur toute autre espèce de ligature deux avantages très-grands. Ils peuvent être appliqués avec les doigts seuls, sans qu'il y ait à faire usage des divers procédés mécaniques qui ont été proposés, sur les polypes les plus volumineux, et ils peuvent être conduits jusqu'à la surface d'implantation de la tumeur. On évite donc ainsi la chance de comprendre l'utérus dans la ligature. » Bien entendu que l'argent doit être pur et que le fil doit être assez fin.

D'autres chirurgiens ont fait usage d'une corde à boyau, d'autres encore d'un fil de soie enroulé d'un mince fil métallique. M. D. H. Walne (2) a recommandé le fil connu sous le nom de fouet, ayant observé que ce genre de corde, quand elle est mouillée, augmente d'épaisseur et diminue de longueur, en sorte qu'une ligature faite avec cette substance, au lieu de se relâcher une fois appliquée, se serrera d'elle-même notablement. Du reste, toute espèce de ligature, pourvu qu'elle soit faite avec un lien suffisamment solide et pas trop mince, répond au but que l'on se propose. J'ai vu faire usage et j'ai fait moi-même usage, avec un égal succès, de tous les procédés que je viens de mentionner.

[Les canules dont on se sert le plus ordinairement sont celles qui ont été inventées par Levret et Niessen (3). La première (fig. 103) est formée de deux tubes soudés ensemble latéralement. On fait passer le fil à ligature à travers ces deux tubes, de manière à former une anse *a* à la partie supérieure et à ce que les deux chefs de ces fils pendent à la partie inférieure *b, b*. Une fois le polype compris dans l'anse *a*, on serre les deux fils *b, b* sur les petits anneaux qui se trouvent à la partie inférieure et où tourne sur son axe la double canule, pour augmenter la constriction.

Le procédé de Desault (4) se rapproche de celui de Levret. Pour l'exécuter, il faut deux canules (fig. 104) : entre les deux branches de la canule *b*, on passe le fil qui sort de l'extrémité utérine de la canule *a* : on tire le stylet dans la canule qui le contient : alors les deux demi-anneaux qui se regardaient par leur concavité se joignent et forment un anneau entier, un œil qui est traversé par le fil. Les deux extrémités des canules, ainsi jointes par le fil, sont dirigées sur le pédicule du polype : le doigt indicateur de la main gauche peut aider ce premier temps. Des deux canules parvenues au pédicule, une, celle à anneau, est tenue fixe par la main gauche : avec la main droite, on imprime à l'autre un mouvement qui fait tourner son extrémité utérine autour du pédicule, et,

(1) Clarke, *Practical Observations*, p. 65-66.

(2) Walne, *Medic. Gazette*, 16 juillet 1836.

(3) Niessen, *Diss. de polypis uteri et vaginæ, novoque ad eorum ligaturam instrumento*. Göttinge, 1785.

(4) Desault, *Journal de chirurgie*, t. IV. — *Œuvres chirurgicales*, 3<sup>e</sup> édit. Paris, 1830, t. III.

comme elle entraîne avec elle le fil, celui-ci forme un anneau autour du pédicule du polype. Quand le pédicule est ainsi entouré et que les extrémités internes des deux canules se sont rejointes, on leur imprime un mouvement de rotation qui, communiqué aux deux bouts du fil, les tord. C'est alors qu'on ouvre l'œil du stylet en le poussant vers l'utérus (la figure 105 représente un porte-fil de Desault modifié, l'anneau A le fait mouvoir par une vis, et un cliquet B le fixe). Un fil est alors dépassé, et il n'est pas difficile de se débarrasser de l'autre canule. Les deux fils étant libres, on les passe dans un serre-nœud.

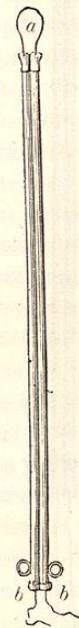


Fig. 103. — Double canule de LEVRET.

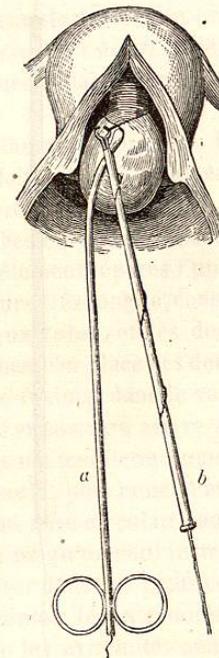


Fig. 104. — Ligature, procédé DESAULT (\*).



Fig. 105. — Porte-fil de DESAULT, modifié.

Au lieu de ces deux canules, on pourrait très-bien imiter Mathias Mayor (1), qui se sert de deux ou trois tiges d'acier ou de baleine terminées en pattes d'écrevisse (fig. 106). Le fil est passé dans chaque patte, *a, a*,

(1) M. Mayor, *Nouveau système de déligation chirurgicale*, 2<sup>e</sup> édition. Lausanne, 1837.

(\*) *a*, canule simple, qui a une ouverture à ses deux extrémités; l'extrémité externe porte deux anneaux, un fil parcourt cette canule; *b*, canule contenant un stylet qui se bifurque à l'extrémité utérine; chaque branche de ce stylet porte un demi-anneau.

dont les dents restent fermées par leur élasticité. Quand on veut détacher les fils, on tire sur eux ; l'élasticité des deux dents étant vaincue, elles s'ouvrent et laissent échapper le fil. Les deux bouts sont préalablement passés dans le serre-nœud *b* de manière à pouvoir étrangler le pédicule.]

Paul Dubois (1) a proposé un spéculum muni d'une gaine double qui saisit le polype et permet d'appliquer la ligature sur le pédicule : mais cet instrument ne pourrait être porté dans l'utérus, alors même que l'utérus aurait été abaissé par une pression sur l'hypogastre, et, de plus, il n'est

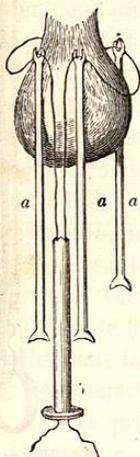


Fig. 106. — Ligature, procédé MAYON (\*).

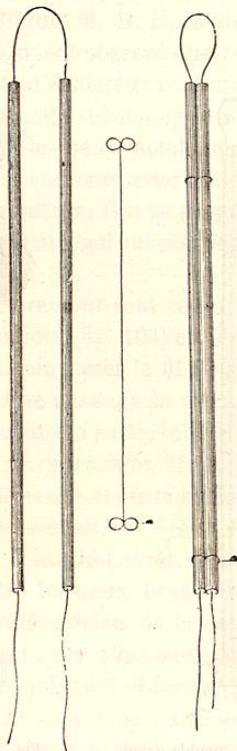


Fig. 107. — Appareil de NIESSEN pour la ligature des polypes, modifié par GOOCH.

applicable que pour saisir des polypes de petite dimension. Le docteur Blundell recommande, comme étant un des meilleurs instruments, l'aiguille à polypes de Hunter. « Cette aiguille, dit-il, consiste en une tige

(1) Paul Dubois, *Spéculum à ligature* (*Archives générales*, 1<sup>re</sup> série, t. XXII, p. 273).

(\*) *a, a, a*, tiges d'acier ou de baleine terminées en pattes d'écrevisse ; *b*, canule.

de fer, laquelle, quoique flexible, est cependant très-roide, en sorte qu'on peut lui donner la courbure que l'on veut et lui faire garder cette courbure. A l'une des extrémités de la tige, il y a un crochet, ou œil, et à l'autre, un manche sur lequel on attache les fils (1). » Au moyen du crochet, on porte le fil autour du polype et l'on serre la ligature.

Burns (2), parlant de la difficulté que l'on éprouve quelquefois à appliquer une ligature avec la canule double de Levret, fait observer que l'application du procédé deviendra plus facile en faisant usage d'une canule double dont les tubes seront réunis ou séparés à volonté au moyen d'une troisième pièce adaptée comme une gaine, et il se reporte à un instrument de ce genre qui a été proposé par M. Cullerier et décrit par L. R. Lefaucheux (3). La description donnée par Burns répond exactement aux modifications qu'a fait subir à la canule de Niessen le docteur Gooch (fig. 107). Je n'entreprendrai pas de décider ici à qui revient la priorité sur ce point. Je ne puis même dire si Burns a fait lui-même usage de la canule qu'il a préconisée.

Après avoir noté les défauts que présente la canule de Niessen et les modifications qu'on lui a fait subir, Gooch décrit de la manière suivante cet instrument et la manière de s'en servir (4). « L'instrument dont je me sers est formé de deux tubes en argent, chacun de huit pouces de long, parfaitement droits, complètement séparés l'un de l'autre et ouverts à leurs deux extrémités. Une ligature très-longue, consistant en une corde à fouet, est introduite dans les deux tubes, et les deux chefs de la ligature sont pendant en dehors des tubes. On place ces deux tubes à côté l'un de l'autre et on les introduit avec le doigt dans le vagin le long du polype, jusqu'à ce que leur extrémité supérieure arrive au pédicule. On écarte alors les deux tubes ; l'un d'eux est maintenu immobile et l'autre est porté autour du polype et du pédicule, puis ramené au contact du premier tube. De la sorte, le fil forme une anse circulaire autour du pédicule. Les deux tubes réunis ne forment plus qu'un seul instrument. Pour rendre l'union plus intime, on les fait passer dans des petits cercles métalliques qui maintiennent parfaitement en contact les extrémités supérieures et inférieures ; on tire alors fortement sur les extrémités pendantes des fils, on les tord, on les fixe à une partie saillante qui se trouve à l'extrémité des tubes, et le polype, complètement étranglé, se mortifie et tombe. »

Oke, de Southampton, a proposé de faire une modification nouvelle à l'instrument de Gooch : c'est d'allonger et de courber à leur extrémité les tubes ; puis, au lieu de réunir ces tubes en un seul instrument, de les retirer et de leur substituer une troisième canule dans laquelle on ferait pas-

(1) Blundell, *Diseases of women*, p. 118.

(2) John Burns, *The principles of midwifery*, 10<sup>th</sup> édition. London, 1843.

(3) Lefaucheux, *Dissertation sur les tumeurs circonscrites et indolentes du tissu cellulaire de la matrice et du vagin*, thèse. Paris, an XI.

(4) Gooch, *On the more important diseases of women*, p. 269.

ser les deux bouts du fil, on la laisserait en place et on serrerait la ligature au moyen de cette seule canule (1).

Alexis Favrot emploie un autre procédé : au lieu de tubes métalliques, il fait usage de deux sondes de gomme élastique, qu'il coupe juste au-dessus des yeux ; il fait passer un fil de soie double par ces deux sondes et procède ensuite à peu près de la même manière que dans le cas précédent (2).

[Prosper Hullin (3), de Mortagne, a présenté à l'Académie de médecine des instruments destinés à lier les polypes de l'utérus et composés de trois pièces différentes métalliques, isolées ; savoir : deux aiguilles servant de porte-nœud, et une troisième pièce formant le serre-nœud.

Les deux aiguilles sont d'acier aplati, longues de 23 centimètres, larges de 3 millimètres et demi. Leur épaisseur est inégale, l'une ayant 2 millimètres, et l'autre étant moitié moins épaisse.

Ces aiguilles présentent ainsi un aplatissement d'avant en arrière dans presque toute leur longueur ; mais cet aplatissement change de direction vers l'extrémité supérieure, il devient latéral dans l'étendue de 2 centimètres, afin de favoriser l'ouverture d'un trou transversal formant le chas des aiguilles.

En outre, l'aiguille la plus faible est percée d'un second trou sur son plat, vers ses trois quarts inférieurs ; et, pour cette raison, l'auteur l'appelle aiguille à double ouverture ; l'autre aiguille, destinée à porter le nœud autour du pédicule prend le nom d'aiguille conductrice.

Le serre-nœud est fait sur le modèle de celui de Desault. Il consiste en une tige métallique de 30 centimètres de longueur, plus ou moins, selon le volume du polype ; large de 11 millimètres à son extrémité inférieure, sur une épaisseur de 2 millimètres, l'instrument va en s'amincissant vers son extrémité supérieure, qui se termine brusquement par une petite tête ronde, légèrement aplatie de haut en bas, de 7 millimètres de diamètre, et percée d'un trou vertical de 4 millimètres de diamètre. L'extrémité inférieure de la tige, en s'élargissant, se termine par une ouverture formant un carré oblong de 1 centimètre et demi de hauteur sur 7 millimètres de largeur. Le milieu de ce carré est traversé horizontalement par une tige offrant un œil dans son centre et terminée, d'un côté, par une roue dentée avec encliquetage, et, de l'autre, par une lame aplatie servant de poignée.

Ces instruments offrent une simplicité extrême ; point de canule, point de pince brisée, comme dans l'appareil de Desault ; ils sont d'un emploi

(1) Oke, *Provincial med. and surg. Journ.*, 2 décembre 1816.

(2) Favrot, *Revue méd.-chir.*, janvier 1818.

(3) P. Hullin, *Procédés et instruments pour détruire les polypes de l'utérus* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1841-1842, t. VII, p. 954) ; *Rapport de A. Bérard* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VIII, p. 616). — P. Hullin, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1862, p. 1.

beaucoup plus sûr que les porte-ligature de Sauter et qui se terminent par une simple fourchette à leur extrémité.

La possibilité de passer les aiguilles dans l'anneau du serre-nœud dispense de cette manœuvre difficile qui consiste à faire passer au-dessus du fil de la tige à pince brisée le fil que conduit la canule.

Quant à la modification que présente l'extrémité inférieure du serre-nœud, elle n'appartient pas à Hullin ; son mécanisme est plus compliqué que celui du serre-nœud de Desault, mais il nous semble plus efficace.]

Il est assez difficile de décider lequel de ces divers instruments vaut le mieux. Chacun est préconisé et a été employé avec succès par des hommes d'une grande expérience : il est probable que le succès dépend bien plus de l'opérateur que de l'instrument. Pour moi, d'après ma propre expérience, je serais porté à préférer la canule de Levret, dans les cas de polypes peu volumineux ; l'instrument de Gooch, au contraire, quand le polype est assez gros. Je suis de l'avis des auteurs qui disent qu'une ligature est plus difficile à appliquer autour d'une petite tumeur qu'autour d'un gros polype, et, entre autres arguments, je pense que cette différence en est un pour faire préférer l'excision des petits polypes. Dans beaucoup de cas, je me suis bien trouvé de faire usage de la pince de Museux ou du tire-bouchon que je décrirai plus loin. Par une traction douce et persistante, on peut amener les polypes en vue. Souvent même on les amène assez en dehors pour que la ligature devienne facile. Une fois l'opération faite, on enlève la pince et on laisse la tumeur remonter dans le bassin. Pendant longtemps, j'ai trouvé plus avantageux d'inciser la tumeur au-dessous de la ligature, et quand les fils étaient appliqués bien serrés depuis vingt-quatre heures. Il faut avoir grand soin de ne pas comprendre dans la ligature aucune portion de l'utérus, car cela produit souvent des douleurs très-vives. Nous avons déjà fait remarquer que, dans beaucoup de cas, les fibres utérines se prolongeaient jusqu'à une certaine distance dans le pédicule, ce qui explique les douleurs très-vives que la malade éprouve, alors même que l'orifice utérin est intact, et la nécessité où l'on est de relâcher la ligature, quitte à la resserrer ensuite graduellement.

Une fois l'instrument choisi et les fils introduits dans les tubes, la malade doit être placée sur le dos ou sur le côté, et la ligature sera appliquée de la manière indiquée, suivant le genre de l'instrument qu'on aura choisi. On ne peut faire usage d'un spéculum ordinaire, à moins d'avoir affaire à de petits polypes glandulaires ; mais pour les polypes plus volumineux, quand ils ne remplissent pas tout le vagin, j'ai trouvé que les écarteurs du docteur Sims étaient très-utiles ; ils mettent à même de voir la tumeur au lieu d'en être réduit au simple toucher. Une fois l'opération faite, il faut mettre la malade en garde contre les mouvements subits qui, en repoussant la canule fortement en arrière, pourraient être cause d'un dommage irréparable. Le mieux est de laisser cette canule en avant

du polype, et, s'il le faut, de l'attacher à la cuisse avec un ruban. On serrera ensuite plus ou moins souvent la ligature (1), suivant le degré d'irritation des parties. S'il n'y en a pas du tout, on devra augmenter chaque jour le degré de constriction, attendu que plus tôt le polype sera enlevé, mieux cela vaudra. Mais s'il y a de la douleur locale ou des troubles généraux, on doit être très-prudent; il y a même des cas où il faut relâcher la ligature. A tout événement, ce sera souvent assez de serrer le nœud tous les deux ou trois jours. Après vingt-quatre heures, on devra faire dans le vagin une injection d'eau tiède ou d'infusion de camomille, chaque fois que l'on voudra serrer la ligature; cette précaution fait disparaître les écoulements irritants et met la malade plus à son aise. Après un intervalle qui varie de six jours à trois semaines, la canule se trouve libre dans le vagin, et le pédicule du polype est sectionné si la tumeur est peu volumineuse; un doigt suffit pour la tirer hors du vagin. Si elle est plus volumineuse, on peut éprouver quelque peine, surtout chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et on est quelquefois obligé de faire usage d'un crochet ou d'une paire de pinces.

Il y a aussi des cas dans lesquels le polype résiste à toute espèce de ligature. Un fait de ce genre s'est présenté, il y a quelques années, à l'hôpital de Meath: après un assez long temps d'application, la ligature ne faisant aucun progrès, M. Porter fut obligé d'avoir recours au bistouri. J'ai déjà rencontré plusieurs faits de ce genre, et j'ai reconnu que le mieux était de ne pas attendre trop longtemps. Pendant que la ligature est en place, la malade doit garder le repos au lit; la liberté du ventre doit être entretenue au moyen de lavements, et s'il y a une douleur vive ou de l'insomnie, on administre de l'opium. Les jours qui suivent la chute du polype, on fait usage d'injections d'eau tiède, d'eau aluminée ou d'infusion de camomille. Le plus ordinairement, une fois la ligature en place, il ne s'écoule pas une seule goutte de sang, et, avec des soins, la malade se relève très-vite de l'état anémique dans lequel elle était tombée et échappe à toutes les complications qui étaient survenues.

Il y a cependant des exceptions malheureuses, et l'on a vu des femmes succomber à la fièvre inflammatoire avant même la chute du polype, ou mourir de phlébite utérine après l'opération (2). Un fait de ce genre s'est passé à l'hôpital Saint-George, dans le service de M. Babington (3), et un deuxième tout à fait analogue a été observé par Blandin. Dupuytren a rencontré huit ou dix cas qui furent suivis d'infection purulente. Sur les dix

(1) [Nous croyons qu'il vaut mieux dans la même séance arriver lentement et graduellement au degré extrême de la constriction, et même à la séparation complète du polype. Il est évident que, pour atteindre ce but, il faudra employer des liens solides, et il faudra y mettre le temps. On évitera plus sûrement, de cette façon, un certain nombre des accidents que signale l'auteur.]

(2) *British and foreign Review*, juillet 1837, p. 183.

(3) Babington, *Cyclop. of pract. med.*, art. *Pathology of the uterus*, vol. IV.

femmes opérées par M'Clintock, trois moururent, et il rapporte que sur les cinquante-neuf cas de Robert Lee, il y en eut dix-neuf suivis de mort, tandis que dans les trente-cinq cas où le polype fut enlevé par torsion ou excision, il n'y a pas eu un seul cas de mort (1). J'ai vu moi-même deux cas de mort à la suite de la ligature, et une autre fois il y eut des accidents de *phlegmatia alba dolens*. M'Clintock tire les conclusions suivantes:

1° La mort peut survenir avant que la ligature ait sectionné le pédicule, et cela même dans des cas où les fils n'avaient pas été exagérément serrés et où aucune portion de l'utérus n'avait été comprise dans la ligature; 2° dans quelques cas la terminaison fatale a tenu à une inflammation du péritoine; 3° dans d'autres cas, une phlébite utérine se terminant par la mort a succédé à l'application de la ligature; 4° dans un grand nombre de cas, la mort a dû être attribuée à une sorte de fièvre putride lente; 5° les abcès pelviens, avec les dangers qu'ils entraînent, peuvent aussi se produire à la suite de la ligature des polypes utérins; 6° la *phlegmatia alba dolens* peut se produire dans une ou dans les deux jambes; 7° la malade pourrait aussi être emportée par le tétanos (2).

Langenbeck dit qu'il a vu l'hémorrhagie cesser immédiatement après l'ablation du polype, mais que dans les dix dernières années, il a vu dix cas de pyoémie, et il conseille de n'appliquer de ligature que par mesure de précaution. Une fois le nœud fait, on doit exciser le polype (3).

III. *Ablation par excision*. — En face des inconvénients très-grands qui viennent de la présence d'un corps semi-putréfié dans le vagin, et d'autre part des difficultés que l'on rencontre parfois à sectionner les pédicules des polypes par la ligature, beaucoup de praticiens éminents ont conseillé de préférence l'excision avec les ciseaux, le bistouri ou l'écraseur. On a d'ailleurs reconnu que, dans le plus grand nombre des polypes, il n'y avait pas de vaisseaux volumineux. Parmi les auteurs qui se sont rangés à cet avis, nous citerons Osiander (4), Hervez de Chégoïn (5), E. A. von Siebold (6), C. G. Mayer (7), Dupuytren, Dieffenbach, Max. Langenbeck (8), Arnott, Simpson, Brown (9), etc. Siebold et Mayer (de Berlin) conseillent seulement la ligature dans les deux cas suivants:

- 1° Quand dans le pédicule ou polype on sent battre une artère;
- 2° Quand le pédicule de la tumeur est très-épais et contient probablement de larges vaisseaux.

(1) *Med. chir. Trans.*, vol. XLIV, p. 73.

(2) M'Clintock, *Clinical Memoirs on diseases of women*, p. 185.

(3) Langenbeck, *Deutsche Klinik*, 6 avril 1850.

(4) Jo. Fried. Osiander, *Ueber die Extirpation welcher polypöser Excrescenzen aus der Höhle der Gebärmutter* (*Hamburger Zeitschr. für gesc. Medizin*, 1838, t. VIII).

(5) Hervez de Chégoïn, *Recherches sur la disposition anatomique des polypes de la matrice* (*Journ. gén. de méd.*, octobre 1827, t. CI, p. 3).

(6) A. E. von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. I, p. 710.

(7) C. G. Mayer, *De polypis uteri*. Berlin, 1821.

(8) Max. Langenbeck, *De totius uteri extirpatione*, diss. inaug. Göttingæ, 1842.

(9) Brown, *Dublin Journal*, janvier 1837, p. 360.