

nira par la suture l'orifice du museau de tanche, de façon que les règles s'écoulaient par la vessie et par l'urèthre. Dans le cas de fistule vésico-utéro-vaginale, on réunira après avivement le bord vaginal ou antérieur de la fistule avec la lèvre postérieure du col, lequel s'ouvrira ainsi dans la vessie.

**FISTULES RECTO-VAGINALES.** — Pour les fistules recto-vaginales de très-petite dimension, on peut recourir à la cautérisation au nitrate d'argent, au fer rouge ou au galvano-cautère; mais, pour peu qu'elles soient étendues, une opération est nécessaire.

Saucerotte, après avoir dilaté le vagin avec un spéculum à deux branches et introduit dans le rectum un gorgerelet en bois dont il appliqua la convexité contre la fistule, excisa les bords de cette dernière et réunir par la suture du pelletier. Ayant échoué, il prit la précaution, dans une opération ultérieure, de prolonger la fistule et de fendre l'anus, et cette fois il réussit.

Jobert avivait les bords de la fistule du côté du vagin sur la femme placée comme pour la fistule vésico-vaginale, pendant qu'un aide soulevait avec un levier la paroi antérieure du vagin. Au besoin, il attirait la fistule en bas avec des pinces ou avec le doigt enfoncé dans le rectum. Il réunissait ensuite par la suture entrecoupée faite avec des fils plats. Tantôt il armait un fil de deux aiguilles qu'il introduisait alors du rectum dans le vagin, tantôt d'une seule, et alors il la passait du vagin dans le rectum et du rectum dans le vagin. Il terminait en pratiquant sur le vagin, de chaque côté, une incision longitudinale un peu plus longue que la fistule.

Malgaigne prolongeait les incisions libératrices jusque sur les grandes lèvres et le périnée.

Alp. Guérin a eu recours à un procédé consistant à séparer, après l'avivement, le vagin du rectum à l'aide de la dissection. Il fit une section transversale entre ces deux conduits, sur le périnée, et remontant de proche en proche, il les sépara jusqu'au-dessus de la fistule et réunir ensuite les bords de la plaie du rectum par une suture entrecoupée dont les fils sortaient par la plaie du périnée; il fit autant pour la plaie vaginale. La fistule diminua d'étendue, mais persista.

Le procédé le meilleur consiste à agir ici comme on le fait dans la méthode américaine pour la fistule vésico-vaginale; la femme

sera couchée sur le dos, le spéculum de Bozeman ou de Sims appliqué contre la paroi antérieure du vagin.

Le chirurgien avivra largement les bords de la fistule du côté du vagin sans toucher à la muqueuse rectale. Il passera des fils métalliques et fera la suture entrecoupée, en ayant soin de ne pas pénétrer dans le rectum.

**FISTULES ENTÉRO-VAGINALES.** — Elles sont constituées par l'ouverture dans le vagin d'une portion d'intestin autre que le rectum.

Roux, dans un cas de ce genre, ouvrit le ventre, sépara du vagin la portion d'intestin qui s'y ouvrait et l'invagina dans la partie inférieure du gros intestin. La malade mourut, et l'on s'aperçut que l'invagination avait été faite en sens inverse, c'est-à-dire vers la partie supérieure du gros intestin.

Casamayor a institué une opération mieux conçue. Il s'est servi d'un entérotome à branches terminées par une plaque ovale. L'une des branches est introduite par le vagin dans l'intestin qui s'y ouvre, l'autre est placée dans le rectum et disposée de façon que la plaque qui la termine vienne se mettre en rapport avec l'autre plaque à travers les parois correspondantes des deux portions d'intestin. La pression des plaques détermine une perte de substance et la communication avec le rectum de l'intestin ouvert dans le vagin.

Dans le seul cas où ce procédé a été employé, on a réussi à obtenir l'issue d'une partie des matières fécales par le rectum. La malade a succombé pendant le traitement.

Il faudrait probablement une opération complémentaire pour fermer la communication de l'intestin et du vagin.

**CYSTOCÈLE VAGINALE OU PROLAPSUS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN.** — Le traitement palliatif consiste à évacuer souvent les urines, à faire porter à la malade un pessaire approprié. Quant au traitement curatif, il est essentiellement chirurgical.

Jobert détroisait graduellement avec un crayon de nitrate d'argent la paroi vaginale sur deux lignes transversales; il avivait ensuite au bistouri les bords de la surface attaquée par le caustique, sans toucher au fond. Il rapprochait les deux plaies transversales ainsi obtenues, en repoussant en haut la portion intermédiaire, et les réunissait à l'aide de la suture entortillée.

Churchill signale un procédé qui consiste à exciser un lambeau

triangulaire de la muqueuse vaginale à base regardant la vulve et à rapprocher les bords de la plaie par la suture. Ces opérations ne doivent inspirer qu'une médiocre confiance.

Celle de Baker-Brown, qui enlève un lambeau longitudinal de muqueuse sur la paroi antérieure du vagin, réunit par la suture les bords de la plaie et en fait autant en arrière, est un peu plus efficace.

RECTOCÈLE OU PROLAPSUS DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN.— L'évacuation régulière des matières fécales, des lotions astringentes, des pessaires, voilà le traitement palliatif.

Pour obtenir la cure définitive, Stoltz (de Strasbourg) a eu recours à l'excision d'un lambeau de muqueuse faite au niveau du prolapsus et à la réunion des bords de la plaie par la suture en surjet.

Au cas où l'on ne réussirait pas en agissant sur la muqueuse, Churchill recommande d'exciser complètement une portion de la cloison recto-vaginale et de rapprocher les bords de la plaie par la suture métallique. Ce dernier procédé me paraît un peu hasardé.

§ 3. **Utérus.** — Sans entrer dans la description de l'utérus, je rappellerai ici que cet organe essentiellement musculaire est recouvert sur ses deux faces par le péritoine dans toute sa portion extra-vaginale, sauf dans la partie inférieure de sa face antérieure qui est en rapport avec la vessie. L'axe de l'utérus se confond avec celui du détroit inférieur du bassin; il faut cependant observer que l'axe du col et celui du corps de l'utérus ne se continuent généralement pas en ligne droite, mais forment un angle très-ouvert à sinus antérieur.

D'après Sappey, la longueur de la cavité utérine serait chez la nullipare de 52 millimètres, ainsi répartis: 22 pour le corps, 5 pour l'isthme, 25 pour le col; et chez la multipare de 57 millimètres: 28 pour le corps, 5 pour l'isthme, 24 pour le col.

CATHÉTÉRISME UTÉRIN.— Le cathétérisme utérin, destiné à l'exploration de la cavité utérine, consiste dans l'introduction d'une tige dans cette cavité. Une série d'instruments connus sous les noms de cathéters utérins, sondes utérines, hystéromètres, ont été imaginés à cet effet.

Simpson et Kiwisch en ont fait construire de très-courbes destinés surtout au diagnostic des rétroflexions, mais incommodes dans toute autre circonstance.

Valleix se servait d'une sonde utérine dont la tige, de quatorze à seize centimètres de long, est, à partir des quatre derniers centimètres, incurvée suivant la courbure d'un cercle de dix centimètres de rayon. Cette tige est graduée et portée sur un manche dans lequel elle peut rentrer en partie. Un curseur qui glisse à frottement

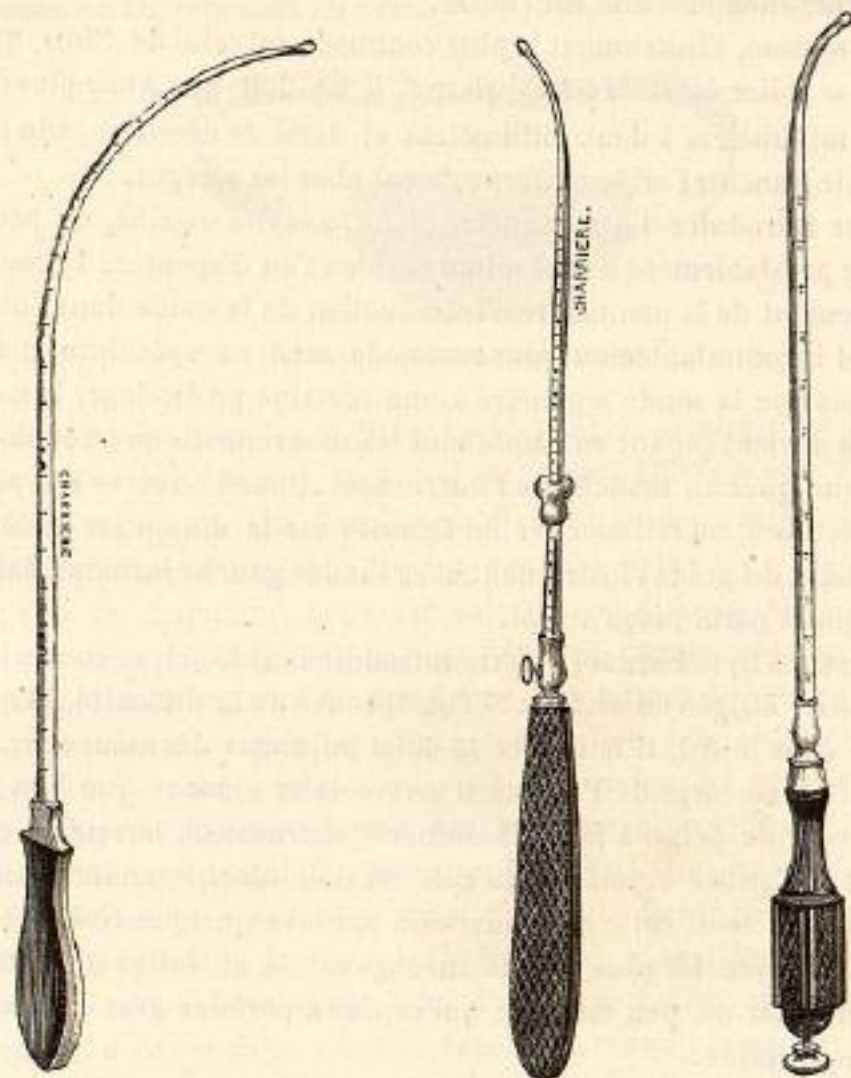


Fig. 419. — Hystéromètre de Simpson.

Fig. 420. — Hystéromètre de Valleix.

Fig. 421. — Hystéromètre d'Huguier.

sert à indiquer jusqu'à quelle profondeur l'instrument a pénétré.

Dans l'hystéromètre d'Huguier, qui est analogue à celui de Valleix, le curseur est mû par une petite tige qui traverse le manche.

Marion Sims se sert d'une sonde en argent fin ou en cuivre

épuré afin qu'elle puisse être pliée facilement; il ne la munit ni de divisions métriques, ni de curseur. Il est en effet très-facile de se passer de ces additions qui compliquent l'instrument et le rendent plus difficile à nettoyer.

Je signalerai enfin l'hystéromètre d'Avrard, composé de deux branches mobiles l'une sur l'autre.

En somme, l'instrument le plus commode est celui de Sims qui peut se plier à toutes les courbures. Il ne doit pas avoir plus de deux millimètres à deux millimètres et demi de diamètre, afin de pouvoir franchir l'orifice interne du col chez les vierges.

Pour introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, on peut placer préalablement un spéculum ou bien s'en dispenser. Le commencement de la manœuvre d'introduction de la sonde dans l'utérus est incontestablement plus commode avec un spéculum, mais une fois que la sonde a pénétré à une certaine profondeur, le spéculum devient gênant en empêchant les mouvements que l'on doit communiquer au manche de l'instrument. Quand on ne se sert pas du spéculum, on fait coucher les femmes sur le dos ou sur le côté gauche, et on guide l'instrument avec l'index gauche introduit dans le vagin et porté jusqu'au col.

Lorsque l'hystéromètre va être introduit dans le col, sa convexité doit être dirigée en arrière. Si l'on éprouve de la difficulté à l'engager dans le col, il faut avec le doigt imprimer des mouvements au col ou au corps de l'utérus. Il arrive assez souvent que l'on a beaucoup de peine à faire cheminer l'instrument, lorsqu'on est arrivé à l'orifice supérieur du col. On doit alors, comme toutes les fois que dans cette manœuvre on éprouve quelque résistance, procéder avec les plus grands ménagements et éviter d'exercer une pression un peu forte, ce qui expose à perforer avec la sonde la paroi utérine.

On a cherché à l'aide de différents instruments (spéculum ou dilateurs) à examiner *de visu* l'intérieur de la cavité utérine, mais ces instruments ne sont pas employés, car ils ne permettent pas d'arriver au résultat désiré.

CHUTE DE L'UTÉRUS. — Je ne m'occuperai d'abord que de la chute simple de l'utérus, non compliquée d'augmentation de longueur du col. L'indication première est de remettre l'utérus à sa place,

si faire se peut, en repoussant de bas en haut le col recouvert d'une compresse enduite de cérat; puis, l'utérus réduit, il faut le maintenir, et dans ce but on a eu recours à des appareils et à des opérations. Les appareils sont des ceintures et des pessaires.

Les ceintures qui peuvent avoir quelque efficacité dans la procidence de l'utérus sont les ceintures hypogastriques qui agissent en

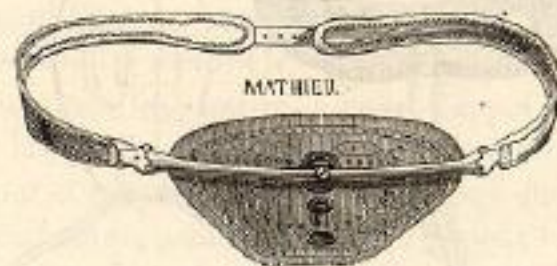


Fig. 422. — Ceinture hypogastrique.

soutenant les intestins et en les empêchant de presser sur l'utérus; mais les ceintures sont, en pareil cas, moins efficaces que les pessaires vaginaux. Ces derniers se divisent en deux catégories suivant qu'ils sont soutenus par un appareil extérieur ou bien qu'il n'y a pas d'appareil extra-vaginal. Voyons d'abord ceux-ci : ils sont faits en métal, en bois, en liège, en caoutchouc, en caoutchouc vulcanisé, etc., et présentent des formes diverses. Les uns agissent en distendant le vagin tout entier; tels sont les éponges, les pessaires cylindriques ou en bondon, les pessaires élythroïdes de J. Cloquet, qui ont la forme d'un cylindre incurvé suivant l'axe du vagin, les pessaires à air de Gariel, qui sont formés d'un ballon en caoutchouc muni d'un tube fermé par un robinet. On introduit dans le vagin le ballon vide et replié sur lui-même, puis on adapte le robinet à celui d'un autre ballon en caoutchouc rempli d'air, et en pressant ce dernier on remplit la poche vaginale qui distend le vagin et maintient ainsi l'utérus; on fixe le tube aux vêtements de la malade.

D'autres pessaires ne distendent le vagin que dans une partie de son étendue et prennent en dernier ressort un point d'appui sur la partie antérieure du détroit inférieur. Tels sont les pessaires à anneau ou en gimblette qui affectent la forme circulaire, ou bien la forme ellipsoïde ou enfin celle d'un huit de chiffre. On les introduit

en les mettant dans un plan antéro-postérieur, et on les place ensuite transversalement. Il y a aussi des pessaires analogues en caoutchouc que l'on remplit d'air.

Je dois mentionner d'une façon toute spéciale le pessaire hystérophore de Zwanck. Il est formé de deux plaques de fer-blanc per-

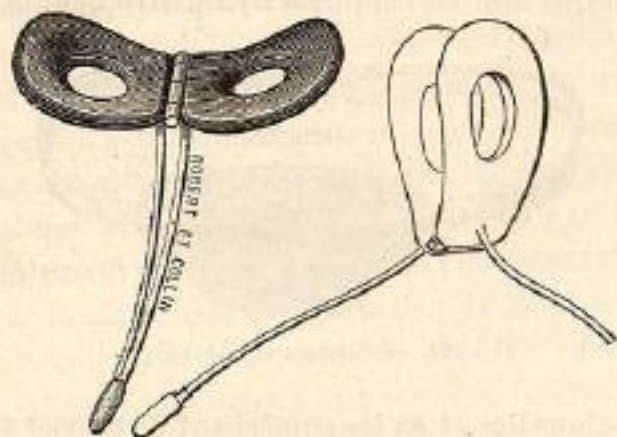


Fig. 423. — Pessaire de Zwanck.

cées à leur centre, recouvertes d'un enduit épais de laque et s'articulant au moyen d'une charnière. Sur les plaques sont adaptées

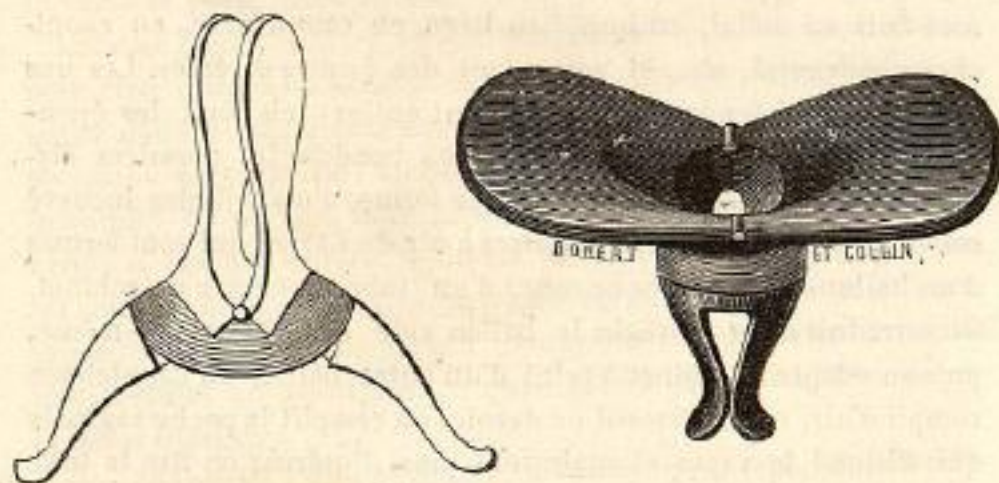


Fig. 424. — Pessaire de Eulenburg.

deux tiges métalliques percées au voisinage de la charnière et disposées de façon qu'en les rapprochant, on écarte les plaques. Une gaine munie d'un pas de vis maintient les tiges rapprochées.

Cet appareil a été modifié de diverses façons et en dernier lieu

par Eulenburg (de Coblenz) (fig. 425) et par Savage (de Londres) qui, pour écarter les valves en rapprochant les manches, se sont servis, le premier d'un anneau élastique, le second d'un tube en caoutchouc.

On introduit ce pessaire dit hystérophore, les valves rapprochées, et on les écarte lorsqu'elles sont placées dans la cavité du vagin.

Cet instrument a l'avantage d'être facile à introduire et de maintenir exactement l'utérus, sans comprimer le rectum, ni la vessie, et sans distendre outre mesure le vagin.

Voyons maintenant les pessaires à point d'appui extérieur. Je citerai d'abord le pessaire en bilboquet qui a la forme d'une cuvette percée de trous et supportée par trois branches qui vont se rendre sur une tige commune, laquelle est perforée pour laisser passer les lacs destinés à fixer le pessaire, lacs qui s'attachent d'autre part sur une ceinture. Le col de l'utérus est reçu dans la cuvette.

Il est toute une série de pessaires dans lesquels la portion de l'appareil

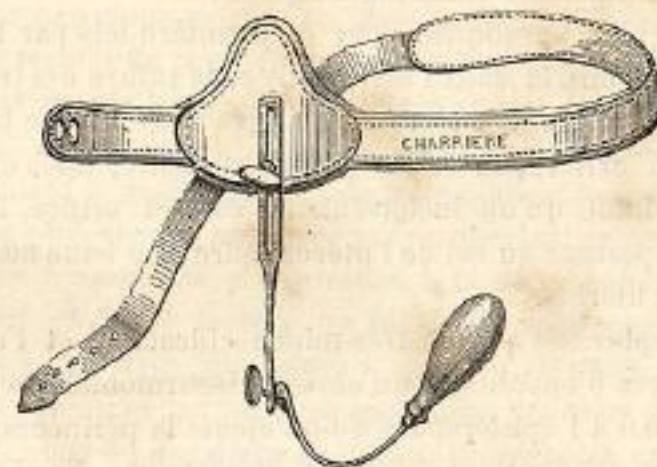


Fig. 425. — Hystérophore de Becquerel.

reil destinée à soutenir l'utérus est reliée à la ceinture par une tige recourbée et munie de deux ou de plusieurs articulations; tels sont les pessaires de Coxeter, de Valleix, de Boser, de Becquerel (fig. 425) et enfin de Grandcollot. Dans ces appareils la portion intra-vaginale agit, pour soutenir l'utérus, tantôt sur le col lui-même, tantôt sur le cul-de-sac antérieur du vagin. Enfin, dans certains appareils, c'est une plaque placée au niveau de la vulve et retenue par

des sous-cuisses fixés sur une ceinture qui fournit le point d'appui. Tel est le releveur de Borgniet dans lequel tout l'appareil, sauf la ceinture, est en caoutchouc.

En somme, les pessaires à point d'appui extérieur sont infiniment plus efficaces que les premiers que nous avons étudiés, mais ils sont aussi plus compliqués et plus incommodes et ne doivent être mis en usage que lorsque les pessaires sans point d'appui extérieur ne peuvent suffire. Le releveur de Borgniet est dans ces cas relativement commode, et doit, s'il arrive à maintenir l'utérus, être employé de préférence aux appareils à tige.

J'en viens aux opérations dirigées contre la procidence de l'utérus (sans hypertrophie du col). Ces opérations portent sur la vulve, sur la vulve et le périnée, sur le vagin.

*Vulve.* — Schieffer a employé l'infibulation qui se pratique en traversant les grandes lèvres avec un trocart et en plaçant dans le trajet du trocart un fil de plomb que l'on noue ensuite. On place ainsi une ou plusieurs anses métalliques.

L'épisiographie, pratiquée pour la première fois par Fricke (de Hambourg), consiste dans l'avivement et la suture des trois quarts inférieurs des grandes lèvres. Il arrive souvent que la réunion manque en arrière, au-dessus de la fourchette, mais c'est là un avantage plutôt qu'un inconvénient, car cet orifice, insuffisant pour livrer passage au col de l'utérus, offre une issue aux liquides vaginaux et utérins.

L'épisiographie n'a qu'une très-mince efficacité, et l'union des grandes lèvres n'oppose pas un obstacle insurmontable à l'issue de l'utérus. Aussi à l'épisiographie a-t-on ajouté la périnéographie dont Baker-Brown a été un des plus zélés promoteurs. Voici comment Baker-Brown pratique cette opération : il excise à la partie postérieure de la vulve une portion de tissus en forme de fer à cheval, d'un pouce de long et d'autant de large, puis il rapproche les parties profondes de la plaie à l'aide de trois points de suture enchevillée et les parties superficielles à l'aide de la suture entrecoupée. Breslau procède de la façon suivante : il divise à angle droit, à une assez grande hauteur, les grandes et les petites lèvres. Cette section doit avoir une profondeur suffisante pour arriver jusqu'aux couches sous-muqueuses. L'opérateur continue ensuite l'incision en ar-

rière, vers l'anus, jusqu'à la fourchette ou jusqu'au périnée, lorsque la fourchette manque.

L'épisiopérinéographie a subi des modifications sur lesquelles je n'insiste pas, parce qu'elles ne me paraissent pas avoir de valeur.

*Vagin.* — Pour obtenir le rétrécissement du vagin et faire développer du tissu cicatriciel, on a eu recours à des procédés divers. Ainsi la cautérisation a été employée par Laugier qui s'est servi du nitrate acide de mercure, par Selnow qui a eu recours à l'acide sulfurique, et par Velpeau qui a mis le fer rouge en usage.

Dans le but d'obtenir la mortification de la muqueuse vaginale, Bellini a pratiqué sur cette membrane, au niveau de la paroi postérieure du vagin, une série de points de suture continus offrant la forme de la lettre *u*. En tirant sur les chefs du fil et les nouant, il est arrivé à mortifier les portions de muqueuse embrassées par le fil. C'est ce qu'il a appelé la colpodesmoraphie.

Desgranges a eu recours à l'application de grosses serres-fines destinées à mortifier la muqueuse vaginale. Un spéculum étant introduit, avec une pince spéciale on place de six à neuf serres-fines embrassant les plis de la muqueuse vaginale. Ces serres-fines tombent au bout de dix jours ; on en remplace alors d'autres et ainsi de suite. Il faut en général une dizaine d'applications pour rétrécir convenablement le vagin. Au bout de trois applications, on laisse le spéculum de côté, et on le remplace par un gorgéret ou par le doigt.

Desgranges a ajouté la cautérisation à la compression. A l'aide d'une érigne *ad hoc* il soulève un pli de la muqueuse du vagin et embrasse ce pli avec une pince à pression, à mors armés de petites dents pointues, et pourvue au-dessous des mors d'un sillon destiné à recevoir du caustique de Filhos. Un ressort à crémaillère fixe les branches de la pince élytro-caustique.

Ce dernier procédé expose à plus d'inflammation que le précédent. Du reste, Desgranges les a combinés.

Mayer a pratiqué l'excision simple d'un lambeau de muqueuse.

Romain Gérardin a proposé d'enlever un lambeau circulaire de la muqueuse vaginale.

A l'excision d'un lambeau de muqueuse on a ajouté le rapprochement par la suture des bords de la plaie ainsi produite.

Marshal Hall circonscrivait sur la paroi antérieure du vagin un

lambeau muqueux entre deux incisions longitudinales; il l'excisait et rapprochait par la suture les bords de la perte de substance. Ireland pratiquait de chaque côté du vagin l'excision d'un lambeau de muqueuse long de deux ou trois pouces et large d'un peu moins d'un pouce et réunissait par la suture les bords de la perte de substance. Velpeau faisait l'excision en avant et en arrière, et, de plus, il plaçait les fils avant de retrancher la muqueuse.

Tous ces procédés destinés à rétrécir le vagin et la vulve n'ont qu'une efficacité très-douteuse. En supposant qu'ils réussissent à maintenir l'utérus, ils auraient l'inconvénient chez la femme qui se trouve dans la période génératrice de l'existence de gêner la fécondation et l'accouchement. En somme, c'est à l'emploi de pessaires que l'on doit s'en tenir presque toujours.

AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS. — A côté de la thérapeutique de la chute de l'utérus, je dois étudier l'amputation du col de l'utérus, amputation qui a été préconisée par Huguier, lequel a démontré que bien des cas considérés comme des chutes de l'utérus étaient des hypertrophies du col.

Huguier a décrit deux sortes d'hypertrophie du col de l'utérus, l'hypertrophie sous-vaginale et l'hypertrophie sus-vaginale, qu'il regarde toutes deux comme justiciables de l'amputation; mais l'amputation ne doit pas, dans ces deux cas, être pratiquée de la même façon.

Dans le cas où l'on veut simplement amputer la portion sous-vaginale du col, quelle que soit la lésion qui motive cette opération, on procède de la façon suivante: la femme étant couchée sur le dos, à l'aide d'un spéculum bivalve ou d'un spéculum univalve, on écarte les parois du vagin. On maintient le col avec des pinces-érignes de Museux, ou bien avec une érigne à développement de Chassaignac introduite dans la cavité du col, mais il faut avoir soin de ne pas trop tirer sur l'utérus pour l'abaisser, car c'est là une manœuvre qui expose à la péritonite. On peut amputer le col avec l'instrument tranchant, par l'écrasement linéaire ou la ligature extemporanée, par la galvanocaustie. Quand on se sert de l'instrument tranchant, on emploie généralement un bistouri courbe sur le plat, muni d'un long manche, dans le cas où le

col n'est pas abaissé. On commence par diviser transversalement le segment postérieur du col de l'utérus au-dessous de son insertion vaginale; puis on divise le segment antérieur. On peut, avec avantage, remplacer le bistouri par des ciseaux courbes sur le plat. Si le col est saillant à la vulve, on comprend que la manœuvre est notablement simplifiée, et que des bistouris ou des ciseaux ordinaires suffisent parfaitement. Marion Sims a fait fabriquer un instrument avec lequel on ampute le col comme on enlève une amygdale à l'aide de l'amygdalotome.

L'amputation du col de l'utérus avec l'instrument tranchant est quelquefois suivie d'une hémorrhagie assez abondante. Les injections d'eau froide ou d'un liquide astringent et l'application sur la plaie de tampons imbibés de perchlorure de fer suffisent le plus souvent pour réprimer cet écoulement sanguin.

Après l'emploi de l'instrument tranchant, on peut tenter la réunion immédiate de la plaie, comme le fait Marion Sims. Il suffit, pour cela, de placer quatre fils métalliques dans le sens antéro-postérieur, de façon qu'ils s'enfoncent dans le col au niveau des bords antérieur et postérieur de la plaie, en restant à découvert dans le reste de leur étendue. En serrant les fils, on ferme la plaie.

Pour pratiquer l'amputation avec l'écraseur linéaire, si l'utérus est dans sa position normale, on se servira avec avantage d'un écraseur courbe qui peut être facilement porté au fond d'un spéculum. Quand le col est saillant à la vulve, on emploiera un écraseur droit.

Chassaignac recommande pour éviter que la chaîne ne glisse soit en avant, soit en arrière, de la maintenir en avant avec les pinces-érignes et en arrière avec un trocart à courbe très-serrée passé transversalement à travers le col. Il est en effet prudent, de peur d'intéresser la vessie ou le péritoine, de limiter en arrière la partie sur laquelle on agit à l'aide d'une forte aiguille, d'un trocart, ou bien d'une pince spéciale, comme le fait Courty.

Le constricteur de Maisonneuve armé d'un fil de fer remplace avec avantage l'écraseur.

La galvano-caustie sous forme d'anse coupante peut aussi être mise en usage pour l'amputation du col. Ces différents moyens, écrasement linéaire, ligature extemporanée, galvano-caustie ont

ici les avantages que nous leur avons reconnus une fois pour toutes, et sont préférables à l'instrument tranchant.

Dans le cas d'hypertrophie sus-vaginale du col, Huguier a préconisé ce qu'il a appelé l'amputation conoïde du col dans laquelle l'opérateur se propose d'enlever, non-seulement la portion intra-vaginale, mais encore une portion assez étendue de la partie sus-vaginale du col.

On comprend qu'ici le danger d'intéresser la vessie ou le péritoine est bien plus grand que dans l'amputation de la partie intra-vaginale seulement. Voici le *modus faciendi* indiqué par Huguier (la portion à retrancher faisant saillie à la vulve ou en étant au moins très-rapprochée, on n'a pas à se servir du spéculum). La malade étant dans la position de l'examen au spéculum, le chirurgien introduit l'index gauche dans le rectum qu'il repousse en avant pour indiquer la limite du cul-de-sac recto-vaginal du péritoine. Pendant qu'un aide attire en haut et en avant le col qu'il a saisi avec des pinces de Museux, le chirurgien incise en arrière la portion du vagin qui s'insère sur le col, au niveau même de l'insertion, en se dirigeant de bas en haut et d'arrière en avant; puis il sectionne le col lui-même en dirigeant son incision dans le même sens, jusqu'à ce qu'il ait pénétré dans la cavité du col.

Reste ensuite à agir à la partie antérieure. Là, le danger à redouter, c'est la lésion de la vessie. Pour l'éviter, on place dans le réservoir urinaire une sonde que l'on enfonce dans la partie inférieure du cul-de-sac de la vessie, et on le fait ainsi saillir; la sonde est confiée à un aide. Le museau de tanche étant fortement abaissé par un aide à l'aide d'une pince-érigne, l'opérateur fait sur le vagin, à un centimètre à peu près au-dessous de la saillie de la sonde une section horizontale présentant une convexité dirigée en haut et dont les extrémités vont se réunir à celles de l'incision postérieure. On procède par petites incisions, jusqu'à ce qu'on ait atteint la surface antérieure du col, en arrière de la vessie. Arrivé là, on retire la sonde, et en disséquant avec la plus grande attention on sépare la vessie de la partie antérieure du col sur une hauteur de trois, quatre ou cinq centimètres pour la portion moyenne et de trois centimètres et demi environ seulement sur les côtés, afin de ne pas s'exposer à blesser les uretères. Ensuite on coupe la paroi antérieure

du col suivant une direction oblique de bas en haut et d'avant en arrière, jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans sa cavité, en agissant comme pour la paroi postérieure. La partie détachée laisse à sa place un cône creux dont le sommet est dirigé vers le corps de l'utérus. Pour éviter les hémorrhagies qui peuvent survenir pendant et après cette opération, il faut lier les artères à mesure qu'on les intéresse; mais comme le tissu utérin résiste peu et cède sous l'action des fils à ligature, il est bon de recourir au procédé employé par Huguier, qui se servait pour maintenir les fils à ligature d'épingles-ténaculum. Ce sont de fortes épingles recourbées en crochet et pourvues d'un fil attaché au niveau de leur tête. Avec l'épingle, on saisit, comme avec un ténaulum, la portion de tissu sur laquelle se trouve l'artère qui donne. On fait une ligature au-dessous et on coupe la pointe de l'épingle à un millimètre au-dessous du nœud, de peur qu'elle aille piquer les parties voisines. Fils et épingles sont laissés en place de trois à cinq jours.

Ici l'écrasement linéaire, la ligature extemporanée ne peuvent guère être employés, sauf pour achever de détacher un col presque complètement isolé par une dissection préalable.

Bref, l'opération terminée, on repousse dans la cavité pelvienne l'utérus et le vagin, et on place dans le vagin une mèche cératée dans le centre de laquelle se trouve un morceau de sonde en gomme destinée à lui conserver sa forme.

Un bandage en T maintient les pièces de pansement, et une courte sonde en gomme est placée dans la vessie.

L'amputation conoïde du col est une opération très-grave à laquelle on ne devra recourir qu'en dernier ressort, lorsqu'il y aura impossibilité de maintenir à l'intérieur du bassin le col de l'utérus hypertrophié.

DÉVIATIONS UTÉRIQUES (fig. 426, 427). — L'utérus subit quelquefois une inclinaison dans la totalité de son axe, et il est dit alors en antéversion, en rétroversion ou en latéversion, suivant que le fond de l'utérus est porté en avant, en arrière ou sur un des côtés; dans d'autres cas, c'est l'axe du corps seul qui s'incline sur celui du col demeuré fixe, et, selon que le fond de l'utérus s'est porté en avant, en arrière ou de côté, il est dit en antéflexion, en rétroflexion, en latéflexion. Dans l'état de vacuité, et lorsque des ad-

hérences consécutives à des pelvi-péritonites ne maintiennent pas en place l'utérus dévié, il est facile de le réduire en faisant varier la position de la femme et avec les doigts introduits dans le vagin, dans le rectum, en s'aidant au besoin de la sonde utérine.

Sims, qui avait d'abord recours à des pressions exercées dans le vagin sur le col et sur le fond de l'utérus avec des éponges portées sur des porte-éponge, se sert à présent d'un redresseur dans lequel la partie de la tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine est mobile sur le reste, et se trouve limitée à la partie inférieure par une sphère qui supporte l'utérus et empêche l'extrémité libre de la tige de presser sur le fond de l'organe.

Pour maintenir la réduction, on s'est servi d'appareils variés, en tête desquels figurent les redresseurs dans lesquels une tige engagée dans la cavité utérine prend un point d'appui sur une portion de l'appareil placée dans le vagin ou sur un support

extérieur (redresseurs de Simpson (fig. 426), de Kiwisch, de Valleix). Viennent ensuite les pessaires destinés à soulever la partie abaissée, pessaire en raquette de Hervez de Chégoïn, pessaire de Kilian ou élytromochlion, pessaires de Hodge, de Meigs et de Sims.

L'élytromochlion de Kilian est formé d'un ressort d'acier long de quatre pouces terminé par un bouton de bois à chacune de ses extrémités. Tout l'appareil est recouvert de caoutchouc. Ce pessaire doit être placé transversalement en avant ou en arrière du col de l'utérus, suivant les cas.

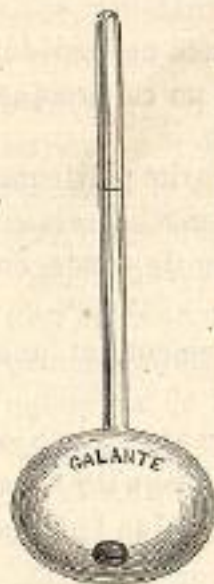


Fig. 426. — Pessaire de Simpson.

Le pessaire de Hodge destiné à maintenir l'utérus atteint de rétroversion est en argent doré et a la forme d'un U dont les deux branches sont infléchies sur le plat. La partie transversale de l'U

doit être placée en arrière du col, dans le cul-de-sac postérieur.

Le pessaire de Meigs a la forme d'un anneau et est constitué par un ressort de montre recouvert de gutta-percha. Pour l'introduire, on le comprime transversalement.

Les deux pessaires que je viens de signaler agissent en disten-

dant le vagin dans le sens antéro-postérieur et prenant leur point d'appui sur le cul-de-sac postérieur du vagin en arrière et la symphyse pubienne en avant. Sims emploie un pessaire analogue, qui a la forme d'un anneau; il se sert d'abord d'un instrument en étain additionné d'un peu de plomb afin qu'il soit plus malléable, et lorsqu'il a bien adapté ce pessaire à la disposition des parties, il le fait fabriquer en argent ou en aluminium. Il emploie aussi de petits pessaires formés tout simplement de coton enduit de glycérine et qu'avec un instrument spécial il place en

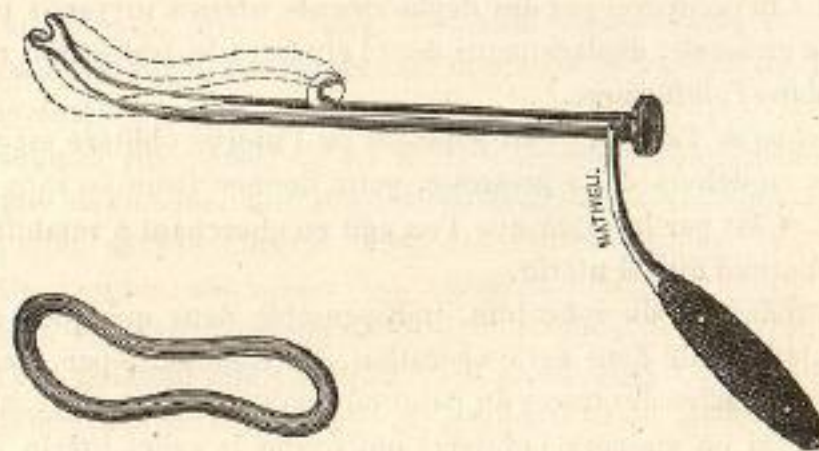


Fig. 427. — Pessaire et porte-pessaire de Sims.

avant ou en arrière du col; un fil attaché autour du tampon permet de le retirer.

Pour les rétroversions et les rétroflexions, Huguier a préconisé l'introduction dans le rectum de grosses mèches de coton. Favrot a remplacé les mèches d'Huguier par un pessaire à air; ces deux modes de contention sont des plus incommodes.

Les redresseurs à tige intra-utérine sont dangereux et à peu près proscrits. Les pessaires de Hodge, de Meigs, de Sims sont utiles, non qu'ils obtiennent bien efficacement au déplacement de l'utérus, mais ils arrivent tout au moins à soulager les malades.

Les ceintures et surtout les ceintures hypogastriques avec plaque mobile rendent de grands services dans les cas qui nous occupent, qu'on les emploie seules ou conjointement avec un des pessaires sus-mentionnés.

Dans le but de redresser un utérus en rétroversion, Amussat a



cherché à faire adhérer la partie postérieure du col avec la paroi postérieure du vagin, en cautérisant la muqueuse à ce niveau avec le caustique de Filhos. Pour l'antéversion, on cautériserait au niveau du cul-de-sac antérieur. Ce procédé n'est pas exempt de danger, surtout quand on pratique la cautérisation à la partie postérieure, en raison de la présence du péritoine. Mieux vaudrait imiter la conduite de Sims, qui, dans des cas d'antéversion accompagnée d'une très-grande longueur de la paroi antérieure du vagin, fit la suture d'un pli transversal de cette paroi.

Je ne m'occuperai pas des déplacements utérins survenus pendant la grossesse, déplacements dont l'étude et le traitement rentrent dans l'obstétrique.

*Ponction de l'utérus.* — La ponction de l'utérus oblitéré est pratiquée, en dehors de la grossesse, pour donner issue au sang des règles. C'est par le vagin que l'on agit en cherchant à rétablir le canal normal du col utérin.

L'introduction du spéculum, indispensable dans quelques cas, est toujours utile dans cette opération. On commence par examiner si le col offre des traces du point où s'ouvrirait en bas son canal ; cela fait, si on suppose l'obstacle qui ferme le canal utérin peu épais et peu résistant, avec une sonde métallique ou un hystéromètre on peut chercher à le surmonter, en enfonçant l'instrument dans le lieu où l'on pense que doit se trouver l'orifice vaginal du col, et le dirigeant suivant l'axe de cette portion de l'utérus.

Lorsque l'obstacle est plus résistant, la sonde et l'hystéromètre ne suffisent plus. On peut alors se servir du trocart, d'une sonde à dard, d'un hystérotome. Mais il vaut tout autant, sinon mieux, se servir d'un bistouri étroit à long manche que l'on enfonce suivant la direction supposée de l'axe du col, jusqu'à ce que l'on ait pénétré dans la cavité de l'utérus, ce que l'on reconnaît à ce qu'on éprouve la sensation d'une résistance vaincue, et à ce que l'on voit s'écouler une goutte de liquide brunâtre et sirupeux provenant du sang des règles. On pratique de petits débridements sur différents points, et lorsque le liquide contenu dans la cavité utérine s'est écoulé, on y introduit une sonde en gomme élastique avec laquelle on fait des injections d'eau tiède. Il est prudent de laisser quelque temps une sonde à demeure pour maintenir la cavité du col.

Quand on a à ponctionner un utérus grvide en rétroversion, manœuvre qui rentre dans les pratiques obstétricales, on ponctionne par le rectum.

*CAUTÉRISATION DE L'UTÉRUS.*—On cautérise la surface extérieure de la portion vaginale du col et l'intérieur de la cavité utérine. Voyons d'abord la cautérisation de la surface extérieure du col.

On se sert de caustiques liquides, solides, gazeux et du cautère actuel. Le galvano-cautère peut également être mis en usage. Quand on a recours aux caustiques solides ou liquides, un spéculum ordinaire, plein, bivalve, etc., suffit parfaitement. Il faut avoir soin de ne pas laisser tomber de liquide sur les parois du vagin, si l'on emploie les caustiques sous cette forme.

Je n'ai pas passer ici en revue tous les caustiques employés, acides sulfurique, nitrique, chromique, teinture d'iode, chlorure de zinc, nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, etc. Le nitrate d'argent, soit solide, soit liquide, est le plus souvent mis en usage. C'est au chirurgien à proportionner l'activité du caustique au but qu'il cherche à obtenir. Pour détruire des surfaces ulcérées, le caustique de Canquoin est très-commode. Il suffit d'appliquer sur la partie à détruire une rondelle de Canquoin que l'on maintient par un tamponnement. Le chlorure de zinc n'attaquant pas les tissus recouverts d'épithélium, on ne s'expose ainsi à aucun accident. On peut au besoin, pour détruire une portion du col, employer la cautérisation en flèches.

Nélaton a eu recours au gaz de l'éclairage pour cautériser énergiquement le col de l'utérus. Il se servait pour cela d'un ajutage assez long muni d'un robinet et mis en rapport par un tube en caoutchouc avec un récipient également en caoutchouc contenant le gaz comburant. On peut, pour ce mode de cautérisation, se servir d'un spéculum en bois ou en ivoire, mais il vaut mieux employer un spéculum *ad hoc* en métal, épais et creusé entre ses deux surfaces d'une cavité dans laquelle circule un courant d'eau qu'un aide met en mouvement, en pressant alternativement dans ses mains deux boules en caoutchouc reliées par des tubes à la cavité du spéculum. On introduit le bec de gaz allumé, mais avec une flamme très-petite, et puis on ouvre le robinet au degré voulu, lorsqu'on est arrivé sur le point à cautériser. Un aide ou le chirur-