

des rétroversions et des réflexions, que pour des cas relativement légers, sans avoir tenté avec persévérance les manœuvres de redressement, les cataplasmes, les sachets vaginaux, les pessaires, on ouvre le ventre, on extirpe l'ovaire et la trompe, je repousse et je blâme l'abus d'une opération qui met en danger, les exemples le prouvent, la vie d'une malade à laquelle on laisse ignorer le plus souvent les périls et les conséquences de l'opération qu'on se propose de lui pratiquer. Du reste, la science n'est pas encore fixée sur les avantages de l'opération. Elle est encore récente, et on ne peut encore savoir si les améliorations obtenues sont restées permanentes.

III. — De la rétroversion dans la grossesse.

C'est surtout dans l'état de grossesse que la rétroversion appelle l'intervention de l'art, et qu'il est urgent d'opérer la réduction.

Procédés de réduction. — La plupart des auteurs conseillent de placer la femme sur les coudes et les genoux. Moreau rejette d'une manière absolue cette position, que les femmes ne peuvent garder longtemps; il a observé qu'aux premières tentatives de réduction, la pression exercée sur l'utérus leur cause une douleur particulière, énervante, comparable à celle qui résulte chez l'homme d'une pression du testicule, et qui brise leurs forces. Il préfère donc les placer sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur l'abdomen, et la tête inclinée sur la poitrine. On introduit l'indicateur et le médus dans le vagin, on refoule en haut le corps de l'utérus, et l'on accroche le col avec le doigt indicateur pour le ramener en bas.

Cette manière d'agir peut bien réussir dans les cas les plus simples; mais pour peu qu'il y ait de difficulté, il est beaucoup plus sûr de reporter un ou deux doigts dans le rectum pour repousser directement en haut le fond de l'utérus. Une position excellente est celle où la femme est couchée en travers, le bassin dépassant le bord du lit, et relevé par la flexion complète des cuisses sur l'abdomen.

Lorsque l'on n'a pu réussir avec les doigts, on peut recourir au procédé d'Evrat. On prend une baguette de bois bien solide, longue de 24 à 27 centimètres, arrondie à l'une de ses extrémités, que l'on garnit en outre soigneusement d'un tampon de linge ou d'amadou. On fait coucher la femme sur le côté, et l'on introduit

l'instrument suffisamment graissé dans le rectum pour repousser le fond de l'utérus, tandis qu'avec deux doigts portés dans le vagin on accroche le col pour le porter en bas et en arrière.

Pour opérer le dégagement de l'utérus avec plus de facilité, Capuron recommande de lui faire exécuter une demi-rotation, en poussant son fond du côté droit, pour le faire passer ensuite devant la symphyse sacro-iliaque. Amussat s'est bien trouvé de cette manœuvre dans un cas où il jugeait que l'utérus était retenu par des adhérences.

D'autres moyens ont encore été proposés. Hervez de Chégoïn pense que la réduction sera facilitée par l'application d'un pessaire qui soulèvera le fond de l'utérus, et qu'on laissera à demeure cinq à six jours. Halpin a porté dans le vagin, entre le fond de l'utérus et le rectum, une vessie vide qu'il a ensuite insufflée d'air; on pourrait y injecter de l'eau. Il semble que l'action de la vessie serait plus puissante, si elle était introduite par le rectum. Toutefois Mazier a agi pareillement avec succès par le vagin, en y portant un pessaire elliptique qu'il dirigea en arrière entre le périnée et l'utérus; appuyant ensuite avec deux doigts sur l'extrémité du pessaire la plus rapprochée du sacrum, il put exercer une forte pression et refouler ainsi l'utérus vers le détroit supérieur.

Enfin Dussaussy a conseillé d'introduire dans le rectum la main tout entière : ressource extrême, mais qui dans un cas extrême ne serait pas à dédaigner.

IV. — Inversion utérine.

L'inversion utérine est cette forme de déplacement dans lequel le fond de l'utérus se déprimant, s'enfonçant dans sa propre cavité, en se retournant sur lui-même comme le fond d'un sac qu'on retourne, finit par passer au travers du col et devenir extérieur; de telle sorte que dans l'inversion complète, la muqueuse utérine se présente à l'extérieur et que l'utérus a la forme d'un polype, dont la cavité se continuant en haut avec la cavité péritonéale est constituée par la surface séreuse de la matrice. Cette invagination peut être causée par la présence de corps fibreux, de polypes, lesquels implantés à l'intérieur de l'organe et expulsés à travers le col entraînent avec eux le tissu même de l'utérus dont la paroi se déprime, se retourne et s'invagine. Elle est surtout fréquente au moment de l'accouchement, le placenta adhère à la matrice l'entraînant avec elle.

L'inversion utérine doit être, au point de vue des indications thérapeutiques, divisée en deux grandes classes, les inversions récentes et les inversions anciennes.

Les premières ne nous arrêteront pas, leur histoire relève des traités d'accouchement; disons seulement que la réduction immédiate s'impose comme une nécessité, car les hémorrhagies sont telles que la vie est mise en danger immédiat. Il faut comprimer l'aorte et essayer l'un des procédés de réduction que nous allons examiner et qui, s'appliquant aux inversions anciennes, peuvent aussi s'appliquer aux inversions récentes.

Le traitement de l'inversion ancienne comprend deux grandes méthodes: 1° la réduction de l'utérus inversé; 2° son ablation. Chacune de ces méthodes comprend d'assez nombreux procédés.

1° TAXIS. — Le taxis, dit central, consiste à presser sur le fond de l'utérus, de manière à le refouler le premier au travers du corps utérin inversé. Au fur et à mesure que le fond de la matrice remonte dans l'abdomen, il entraîne avec lui le reste de l'organe. Lorsque l'utérus est peu volumineux et le col un peu étroit, il est presque impossible d'introduire les doigts pour achever le mouvement de réduction. Viardel, qui en 1674 a employé ce procédé, imagina de remplacer la main par un repoussoir qui n'était autre chose qu'une tige de bois terminée par une extrémité renflée, mousse, arrondie. White (de Buffalo) l'a modifiée en la terminant du côté du manche par une spirale élastique en acier faisant ressort et que le chirurgien applique sur sa poitrine pendant que de la main droite il aide à la réduction.

Puzos et Astruc, au lieu de commencer la réduction par le fond de l'utérus, compriment tout l'organe entre les doigts fermés et cherchent à rentrer d'abord les parties les plus voisines du col, c'est ce qui constitue le taxis périphérique. Une des causes qui s'opposent le plus efficacement à la réduction est la non fixité de l'utérus. Il faut lui faire retraverser le col utérin également inversé; or lorsqu'on presse et qu'on refoule l'organe, le col remonte également du côté de l'abdomen, et si l'on agissait avec plus de force on pourrait déchirer ou rompre le vagin. De là, différents procédés employés pour fixer, retenir et dilater le col. Malgaigne, Aran, ont conseillé de le retenir avec des érignes. Le conseil est peu pratique, car, outre qu'on s'expose à déchirer le tissu du col, on s'expose aussi à se déchirer les doigts sur les griffes des érignes. Barnes, pour diminuer la pression exercée par le col rétracté a conseillé d'y faire des incisions. Cela est possible dans l'inversion partielle, mais dans l'inversion totale il

serait fort difficile de distinguer nettement et d'atteindre avec sécurité le col.

Emmet, dans un cas où il ne pouvait obtenir qu'un commencement de réduction, passa des fils métalliques à droite et à gauche dans les lèvres du col; en les réunissant et en les tordant, il ramenait l'une vers l'autre les lèvres du col au-dessous du fond de l'utérus inversé, en même temps que les fils appuyant sur ce fond tendaient à le réduire. Les fils furent retirés après une douzaine de jours, l'utérus n'était pas réduit, mais une seule tentative suffit ensuite à le réduire.

Gaillard Thomas, pour agir plus efficacement sur l'anneau contracteur constitué par le col, chercha à agir directement sur lui. Il fit la laparotomie sus-pubienne, conduisit une pince dilatatrice dans la cavité péritonéale de l'utérus inversé et dilata le col, en même temps qu'il tentait de réduire l'utérus avec la main introduite dans le vagin. Il fit deux fois cette opération; dans le premier cas il perfora le vagin entre l'utérus et la vessie, cependant la malade guérit; dans le second, la réduction fut facile, mais la malade mourut de péritonite. Il est à désirer qu'il ne soit pas fait de troisième tentative.

Une sorte de taxis lent a été essayé par l'emploi des pessaires; Siebold, Smart, Amussat ont obtenu des réductions en faisant porter à leurs malades des pessaires à tiges, surmontés par une extrémité renflée, et supportés par une ceinture péritonéale. Le pessaire de caoutchouc de Gariel, rempli d'air, et le pessaire à eau, ou colporhyter des Allemands, malgré les rares succès obtenus par l'emploi de ce dernier et malgré la faveur dont il jouit en Allemagne et en Angleterre, ne me paraissent pas d'une grande utilité dans les inversions anciennes. J'y ai eu recours sans succès, dans un cas, où j'avais échoué du reste par le taxis à la main et que j'ai guéri par l'ablation, et il m'a paru que si la distension du vagin, le refoulement du fond de l'utérus pouvaient amener un résultat utile, ce ne pouvait guère être que dans des invaginations faciles à réduire.

2° ABLATION DE L'UTÉRUS. — Lorsque l'inversion ne peut être réduite et qu'elle entraîne avec elle de graves inconvénients et des dangers sérieux comme ceux qu'entraînent les hémorrhagies répétées, on est amené à songer à l'extirpation de l'organe, et cette ablation a été faite par des procédés assez divers.

A. Ablation par le bistouri. — On fait une incision circulaire à la base de la tumeur; cette incision ouvre les culs-de-sac péri-

tonéaux dans lesquels on trouve les deux cordons formés par les trompes et les ligaments larges ; on les coupe après les avoir serrés dans une ligature. Higgins et Velpeau, avant de faire l'amputation de l'utérus, traversent le pédicule avec des fils qui serviront ultérieurement à faire la suture et à prévenir l'hémorrhagie. D'après la statistique que donne Denucé dans son livre, si riche de documents sur l'inversion utérine, 22 ablations par le bistouri ont donné 14 guérisons et 8 morts, c'est une mortalité de 36 pour 100. Il est vrai de dire que, sur ces 8 cas de mort, 5 remontent au delà de 1813.

B. *Écrasement linéaire.* — Cette méthode a eu surtout pour but de mettre à l'abri des hémorrhagies ; or, à ce point de vue, elle manque de sécurité, car les vaisseaux utérins par leur volume ne sont pas toujours suffisamment oblitérés par l'action de l'écraseur ; les hémorrhagies sont à craindre et se sont quelquefois produites avec une sérieuse violence. Toutefois, cette méthode est plus sûre que l'excision pure et simple, et il n'est pas étonnant que, sur 24 cas relevés par Denucé, il n'y ait que 5 morts, ou une mortalité de 20 pour 100.

C. *Cautérisation.* — C'est encore pour prévenir l'hémorrhagie que Valette (de Lyon) a proposé et pratiqué la cautérisation du pédicule et sa section au moyen de pinces creusées en gouttières contenant le caustique. Cette opération a été pratiquée par Valette deux fois avec succès, une fois sans succès ; deux fois par Ollier avec un résultat mortel. De sorte que sur 5 opérations il y eut 3 morts. C'est un procédé dangereux. En effet, lorsque la section du pédicule est opérée, la partie péritonéale tend à se rétracter dans l'abdomen et pour peu que des parcelles de caustique soient restées sur la plaie, ils peuvent être l'origine d'une péritonite.

D. *Lanse galvanique,* proposée par Courty, me paraît dangereuse par l'extension de l'action calorifique au péritoine voisin du pédicule. Trois opérations ont donné deux morts.

E. *La ligature simple* ou fixe est celle qui, une fois placée, ne varie pas dans sa force de striction. Elle a, par cela même, un inconvénient, c'est que si elle est très serrée au moment où on l'applique, son action s'affaiblit rapidement par la section des parties superficielles et par la diminution du volume du pédicule, de telle sorte qu'elle n'est pas toujours suffisante pour amener la mortification des parties saisies qui sont simplement étranglées.

Sur 30 opérations, la mort est survenue 9 fois, ce qui donne une mortalité de 30 pour 100, notablement supérieure à celle de l'écrasement linéaire.

F. *Ligature progressive.* — C'est celle dont on peut à volonté augmenter la striction, et que l'on opère au moyen des serre-nœuds de Desault, de Græfe, de Roderic, etc. Elle échappe en partie aux inconvénients de la ligature fixe, et sur 48 observations, Denucé n'a compté que 8 morts, ce qui équivaut à une mortalité de 16 pour 100.

G. *Ligature élastique.* — Elle a été appliquée pour la première fois par Courty en 1874 au moyen du serre-nœud à ressort de Charrière. Arles (de Montpellier), en 1875, employa pour la pratiquer un tube de caoutchouc. Perrier, pour maintenir et tendre le fil de caoutchouc, a employé un instrument spécial, sorte de tige à crémaillère. Son emploi peut être utile lorsqu'on ne peut abaisser l'utérus suffisamment pour appliquer et serrer facilement le fil, mais le plus souvent cette difficulté n'existe pas, car l'utérus peut être abaissé à la vulve. Dans un cas d'inversion complète et irréductible, j'ai entouré le pédicule avec plusieurs tours d'un fort fil de caoutchouc. Il n'y eut aucun accident et en quelques jours l'utérus fut détaché. La ligature élastique, d'après le relevé de Denucé, n'a donné que 2 morts sur 14 opérations ; si on y ajoute mon observation qui ne figure pas dans son relevé et qui constitue une treizième guérison, c'est donc une mortalité de 13 pour 100 seulement.

Appréciation. — Le taxis doit d'abord être tenté ; mais il faut reconnaître que, dans les cas anciens, il présente peu de chances de succès. Les feuillets séreux qui recouvrent l'utérus à l'état normal et qui, à l'état d'inversion, sont plus ou moins en contact, peuvent contracter des adhérences entre eux et s'opposer à toute réduction. Un autre obstacle se trouve également dans la rétraction et la dureté du col ; enfin la main ne manœuvre que difficilement dans l'intérieur du vagin, l'utérus remonte en totalité et fuit devant les doigts qui le serrent et le repoussent ; aussi, pourrait-on, avec avantage, essayer de le fixer par deux doigts introduits dans le rectum et appuyant sur les ligaments utéro-sacrés.

Si, en cas d'insuccès du taxis, on croit devoir pratiquer l'ablation, le procédé le plus sûr paraît être la ligature élastique ; mais ce procédé, comme tous les autres, exige quelques précautions. Si l'on applique la ligature à la base de la tumeur, elle porte sur le vagin renversé et l'on risque de comprendre dans la striction

une anse intestinale, en même temps qu'on a une plaie large dont la cicatrisation est plus lente et plus difficile. Il suffit, pour obtenir la guérison, de supprimer le corps de l'utérus et l'on peut appliquer la ligature seulement au-dessous du col. Le danger d'accidents est moindre, la plaie assez étroite se guérit plus rapidement, le vagin conserve sa longueur et se termine par un rudiment de col. C'est le résultat que j'ai obtenu chez ma malade, et, en raison de son âge, il me paraissait important de maintenir, autant que possible, le vagin dans son intégrité.

V. — Ponction de l'utérus.

Elle se pratique dans deux cas différents : 1° quand, par l'oblitération congénitale ou accidentelle du col utérin, les règles sont retenues dans la matrice; 2° quand, dans un cas de rétroversion irréductible, il faut évacuer le produit de la conception pour réduire l'utérus. Elle se fait par le vagin et par le rectum.

1° *Ponction par le vagin.* — On commence par chercher au moyen du doigt les traces du col dans le lieu où il devrait exister; et si on le trouve, on tâche d'y introduire une sonde métallique légèrement courbe, avec laquelle on force l'obstacle, si c'est possible. Sinon, l'on introduit par cette voie la canule du trocart, le poinçon rentré en dedans; et dès qu'on touche l'obstacle, on pousse à la fois le poinçon et la canule en avant, en prenant soin de s'arrêter dès qu'on sent le défaut de résistance.

Si l'on ne rencontre aucune trace du col, on perce l'utérus au point qui répond à peu près à l'axe du vagin. La canule doit être introduite jusque-là et être appliquée contre la paroi à traverser; de la main gauche, le chirurgien appuie sur l'hypogastre, et de la droite, il enfonce le poinçon et la canule comme il vient d'être dit. Quand cette ponction se fait pour cause d'oblitération, on cherche à obtenir une ouverture permanente; pour cela, on glisse dans la canule une sonde de gomme élastique qui doit seule rester à demeure, et qui sert également à faire des injections.

2° *Ponction par le rectum.* — C'est principalement dans la rétroversion que ce procédé est applicable, quand l'épaisseur de la matrice paraît beaucoup moindre et sa saillie plus rapprochée de l'extérieur que par le vagin. Les précautions à prendre sont les mêmes; seulement, comme il importe pour l'objet qu'on a en vue de vider les eaux de l'amnios et d'obtenir ainsi l'avortement, si ces eaux ne s'écoulaient point, on pourrait présumer que le trocart

a pénétré dans le placenta, ou dans le corps même du fœtus. On introduirait alors un stylet dans la canule pour la déboucher et tâcher de reconnaître le lieu où elle est arrivée, et s'il faut la retirer ou la pousser plus avant. L'écoulement des eaux obtenu, on retire la canule, la plaie se ferme, et l'avortement survient quelques jours après.

VI. — Incision du col de l'utérus.

On a recours à cette opération comme préliminaire d'une opération plus importante (extirpation de tumeurs intra-utérines), pour dilater le col rétréci, pour combattre la névralgie du col.

1° *Incision contre les névralgies. Procédé de Malgaigne.* — Lorsque le col est bas et entr'ouvert, on y porte le long de l'indicateur gauche des ciseaux ordinaires dont une branche s'engage dans l'orifice, l'autre restant en dehors vis-à-vis du point névralgique, et d'un seul coup, on divise toute l'épaisseur de la lèvre en ce point à une profondeur de 1 à 2 centimètres. Si le col est trop élevé, on l'abaisse avec des pinces de Museux.

2° *Incision contre la dysménorrhée et la stérilité.* — On la pratique ordinairement dans le sens transversal, rarement dans le sens antéro-postérieur. L'incision est faite de dedans en dehors, ou de dehors en dedans. L'utérótome de Simpson est absolument semblable à un petit lithotome simple et se manœuvre de la même manière. Greenlach a imaginé un utérótome double pouvant faire une dissection bi-latérale. Dans quelques cas, pour faire pénétrer l'instrument, on est obligé de faire au préalable la dilatation du col. C'est ce qui a amené Peaslee et Küchenmeister à

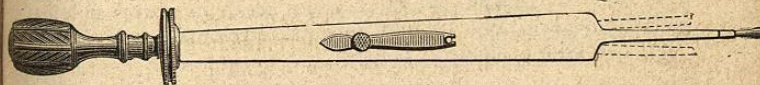


FIG. 774.

Hystérotome de Greenhalgh.

imaginer des scarificateurs analogues au syringotome de Giraud Teulon et opérant de l'extérieur vers la cavité du col. Sims se sert de petits bistouris à lame très étroite et pouvant s'incliner en différents sens, semblables à ceux dont on se sert dans l'aviement des fistules vésico-vaginales.

Lorsque la discision est faite pour permettre d'atteindre une tumeur intra-utérine, la souplesse du col permet de l'inciser avec un simple bistouri boutonné. Il faut éviter de diviser le col dans toute son épaisseur, surtout au-dessus de ses attaches au vagin, et mieux vaut débrider au besoin sur deux points à la fois. Une autre règle fort importante est de faire agir l'instrument dans la direction du diamètre transversal, de peur, si la section se prolongeait trop loin, d'aller blesser le péritoine en arrière et la vessie en avant.

Dans des cas où la dysménorrhée ou la stérilité paraissaient pouvoir être attribuées à une étroitesse trop grande du canal cervical, on a conseillé et pratiqué la dilatation du col, soit avec des bougies métalliques (Mackintosh), soit avec un dilateur à lames divergentes (Rigby), soit avec des tiges métalliques d'un volume croissant (Simpson). On emploie surtout aujourd'hui les tiges de laminaria.



FIG. 775.

Hystérotome de Collin.

Ce n'est qu'en cas d'insuffisance de ce moyen que l'on doit recourir aux incisions. On a fort abusé de la discision du col utérin. Hegar et Kaltenbach ont à eux deux fait 300 opérations, Beigel en a réuni 900 cas appartenant à Tanner, Ballard, Sims, Emmet et Greenlach. Martin en aurait fait 386, et Chrobak 300. Ces chiffres suffisent à juger si les indications thérapeutiques ont été fidèlement observées. Sans doute l'opération n'est pas grave, mais elle n'en a pas moins amené la mort de deux malades d'Hegar, d'une malade de Martin et des accidents graves chez un certain nombre. Elle ne doit donc pas être faite à la légère et sans nécessité évidente.

VII. — Des fongosités de l'utérus. Opération de Schröder.

On a compris sous le nom de fongosités des végétations de nature diverse, qui ont ceci de commun qu'elles amènent des métrorrhagies redoutables et incoercibles autrement que par une opération. Dupuytren a décrit de petits corps rougeâtres, allongés, pédiculés, occupant le col de la matrice, saignant au moindre con-

tact, variant du volume d'un pois à celui d'une fève de haricot; il les appelait *polypes muqueux* ou *cellulo-vasculaires*, et les traitait par l'excision avec les ciseaux et la cautérisation au nitrate d'argent. D'autres ont rencontré dans l'utérus même de petites granulations analogues, sessiles ou pédiculées; il y a des sortes de bourgeons fongueux sans membrane d'enveloppe, sujets à répulluler; et enfin ces fongosités peuvent naître d'une surface cancéreuse. Dupuytren, qui n'admettait que celles-ci, les enlevait avec des ciseaux ou les *curait* avec une sorte de cuiller d'acier à bords tranchants, jusque dans l'intérieur de l'utérus, pour les cautériser après; c'est cette cuiller qu'on a réinventée depuis sous le nom de curette de Volkman.

Dans les fongosités non cancéreuses, on pratique ce curage avec la curette de Récamier, sorte de tige d'acier du volume d'une plume à écrire, légèrement courbée dans une longueur de 6 centimètres, et creusée dans sa concavité d'une gouttière à bords amincis. On attire le col vers la vulve avec des pinces de Museux; puis, l'instrument introduit avec précaution dans l'utérus, on lui imprime un mouvement de rotation sur son axe; les bords mousses de la gouttière suffisent pour détacher des lambeaux de ces végétations; et après deux ou trois tours de l'instrument sur lui-même, on peut le retirer.

Opération de Schröder. — Elle est destinée à guérir les métrites du col et consiste en une sorte d'évidement du col, une sorte d'excision de la muqueuse cervicale. Voici comment se pratique l'opération. L'utérus étant, autant que possible, attiré à la vulve, et le périnée étant soutenu en arrière par une valve de Sims, le chirurgien fait dans l'axe du col une section transversale, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, de manière à séparer le col en deux lambeaux; l'un antérieur, l'autre postérieur. Relevant le lambeau antérieur formé par toute l'épaisseur de la lèvres antérieure, il fait au point terminal de sa première incision, là où les deux lèvres se rejoignent, une nouvelle incision transversale, mais celle-ci, perpendiculaire à l'axe du col, doit être assez profonde pour aller au delà de la muqueuse. Tournant alors vers lui le tranchant du bistouri, il résèque une tranche de la lèvres antérieure, emportant avec cette tranche toute la portion correspondante de muqueuse. La lèvres antérieure a été ainsi réduite à la moitié de son épaisseur, et sur sa face interne elle présente une large surface cruentée. Il s'agit alors de la replier sur elle-même par son milieu, en adossant les parties avivées. Pour cela un fil est introduit par le bord vaginal libre et non avivé de

la lèvre, mené dans la profondeur de la lèvre pour venir sortir dans l'intérieur du col là où il a été respecté, c'est-à-dire au-dessus de la section. Le rapprochement des extrémités des fils et leur striction amène le rapprochement et l'adossement des surfaces. On agit sur la lèvre postérieure comme sur l'antérieure, et il ne reste plus qu'à placer de chaque côté deux points de suture pour fermer les bords de la fente. En résumé l'opération consiste à enlever transversalement le segment moyen du col renfermant la muqueuse, à replier sur elle-même chacune des lèvres de manière à reconstituer un court canal cervical formé par ce qui était tout d'abord la muqueuse extérieure ou vaginale du col.

Appréciation. — Le curetage de l'utérus, jadis fort employé, puis abandonné parce qu'on lui a trouvé plus d'inconvénients que d'avantages, conservé seulement pour quelques cas exceptionnels, a été de nouveau réintroduit dans la pratique presque comme une chose nouvelle et il jouit en ce moment de la faveur qui s'attache aux nouveautés. Les fongosités utérines accompagnant les métrites se traduisent par deux symptômes : les écoulements blancs, glaireux, plus ou moins abondants et les hémorrhagies. Ces dernières sont presque toujours combattues avec succès par un moyen empirique imaginé et pratiqué par Malgaigne et que j'emploie à son exemple depuis trente-six ans, je veux parler des bains tièdes, mis également en honneur récemment, toujours comme chose nouvelle, mais en les donnant à une température élevée, ce qui est inutile.

Dans les métrites avec leucorrhée, les cautérisations au nitrate d'argent de l'intérieur du col, la cautérisation au fer rouge dans les cas plus rebelles, le curetage, dans les cas plus rebelles encore, suivis de l'application de cataplasme vaginaux, suffisent pour amener la guérison, pourvu toutefois que la maladie ne soit pas entretenue par une tumeur intra-utérine.

Quant à l'opération de Schröder, je ne puis la juger avec mon expérience personnelle, ne l'ayant jamais pratiquée. Schröder l'a faite 350 fois, chiffre élevé qui suffit à montrer l'abus qu'en fait son auteur. Elle ne peut être regardée comme absolument innocente, puisque Schröder a perdu deux opérées. Elle ne me paraît pas sans inconvénients. D'abord elle n'est facilement applicable que dans les cas où le col a une certaine longueur; en second lieu, elle raccourcit forcément le col, modifie profondément sa structure, et il n'est pas prouvé que cette modification ne porte pas obstacle à une grossesse ultérieure. Elle n'agit sur l'inflammation de la muqueuse qu'en supprimant la muqueuse elle-même;

mais elle ne peut avoir d'action que sur la partie vaginale du col, et il est bien exceptionnel que la métrite soit bornée à cette courte portion de muqueuse. Dans ces cas même, il n'est pas besoin d'opération pour modifier et même pour détruire cette muqueuse, qui est en ce point absolument et facilement accessible aux modificateurs les plus énergiques comme le fer rouge.

A-t-elle été utile dans les cas où elle a été pratiquée? J'ai pour juger cette question la thèse récente de Chantelouber, qui s'appuie sur 20 observations recueillies dans les hôpitaux de Paris. Il faut en retrancher deux cas, où il ne s'agissait que d'allongement hypertrophique du col et dans lesquels l'opération ordinaire aurait tout aussi bien pu être pratiquée. Sur les 18 opérées, une avait moins de 20 ans, 8 n'avaient pas passé 30 ans, 7 avaient moins de 40 ans et par conséquent 16 d'entre elles étaient dans l'âge de la conception. Ce qui est à noter, car cela prouve à quel degré peut être poussé le *prurigo secandi*, sur ces 20 malades, 12 appartenaient à un même service et toutes les opérations ont été faites dans un intervalle de 5 mois et demi; 6 appartenaient à un autre service, et les 6 opérations ont été faites dans l'espace d'un mois. N'est-on pas autorisé à se demander si la préoccupation principale des chirurgiens n'a pas été de trouver une raison, je ne veux pas dire un prétexte, pour pratiquer une opération nouvelle? Ce qui est surtout à noter, c'est que bien que l'affection fût légère chez beaucoup de ces malades, et aurait pu céder à de simples cautérisations, il n'a été fait chez aucune d'elles aucune tentative de traitement et que l'opération a été faite *ex abrupto*. Quant aux résultats, ils sont loin d'être remarquables. 9 des malades n'ont pas été revues, et parmi elles, quand elles sont sorties de l'hôpital, l'une avait encore un léger suintement sanguin, l'autre n'avait obtenu aucune amélioration. Quant aux 9 qui ont été revues peu de temps après (les opérations sont de 1888) 3 avaient encore de la leucorrhée, une du catarrhe et quelques douleurs, une des règles douloureuses. Il est donc encore difficile de se prononcer sur la valeur thérapeutique de l'opération de Schröder; mais ce qu'on peut dire, c'est que comme la plupart des opérations, elle ne doit être tentée que lorsque la guérison n'a pu être obtenue par d'autres moyens.

VIII. — Suture des déchirures du col. Opération d'Emmet.

Dans quelques accouchements normaux et plus fréquemment dans les accouchements laborieux, le col utérin se déchire sur

quelques points de ses bords. L'inflammation qui se déclare assez souvent dans ces cas empêche la réunion spontanée et le col reste plus ou moins profondément divisé. Le col se déroule, la muqueuse intra-utérine se montre à la surface des lèvres du col renversées; il y a en quelque sorte un ectropion du museau de tanche. Les follicules muqueux exposés à l'extérieur du col subissent une dégénérescence kystique, se distendent, se rompent et se détruisent. Le col, d'abord hypertrophié, se rétracte peu à peu et même subit un certain degré d'atrophie. En même temps apparaissent des troubles du côté de la menstruation. Les règles sont d'abord plus abondantes et d'une plus longue durée; puis elles diminuent et souvent la ménopause survient avant l'âge. Cette saillie extérieure de la muqueuse est souvent prise pour une ulcération, quelquefois même pour un épithélioma au début. Cet état du col et les inconvénients qu'il entraîne ont été signalés il y a une quarantaine d'années par J. Henry Bennett; mais c'est surtout Emmet qui a fortement attiré l'attention sur ce point et il a proposé, pour remédier au mal, l'avivement et la suture des parties du col déchirées et renversées, opération pour laquelle il adopte le nom de trachélorraphie proposé par Dudley (de Chicago), en 1878.

Pour éviter l'hémorrhagie pendant l'opération, on pratique avant de l'exécuter des injections vaginales avec de l'eau très chaude. Si le col est mou, ce qui rend les hémorrhagies très probables, on place à sa racine une sorte de serre-nœud qui l'embrasse et y interrompt la circulation. Ceci fait, on pratique sur chacune des lèvres du col deux avivements elliptiques, mais de manière à ménager entre les deux surfaces avivées sur chaque lèvre un lambeau de muqueuse destiné à empêcher l'adhérence à ce niveau et à reconstituer le canal cervical. L'avivement est fait avec des ciseaux et doit être superficiel. Les surfaces avivées sont réunies par des points de suture qui, introduits par la circonférence de l'avivement, mais au dehors de l'avivement même, reparaissent près du canal cervical, rentrent au point correspondant de l'autre lèvre, la traversent et ressortent à un point correspondant en dehors de la circonférence de la partie avivée. Quatre ou cinq points de suture métallique suffisent.

D'après Emmet, les résultats de cette opération seraient des plus heureux et nombre de femmes atteintes de dysménorrhée, de troubles nerveux divers affectant la motilité et la sensibilité auraient été guéries par cette suture du col. Quoique rétrécissant le col, la trachélorraphie, d'après Emmet et Hughe Wells, ne cause pas la stérilité. Cependant, sur un relevé de 3,000 cas fait

par Johnson, on ne connaissait que 100 femmes opérées ayant eu ultérieurement des enfants. Ce serait peu, et dans tous les cas ce chiffre ne justifierait pas cette conclusion de Wells, que la trachélorraphie augmente la fertilité.

C'est le cas d'opposer à cette assertion dénuée de preuves le proverbe applicable à ceux qui veulent trop prouver. Wells conclut aussi que le tissu cicatriciel ne fait pas obstacle à un accouchement ultérieur; on peut l'admettre, bien qu'il soit plus probable que l'opération produisant un tissu cicatriciel, moins extensible que le tissu normal, devra exposer dans un accouchement ultérieur à la récurrence d'une déchirure.

Dans tous les cas, ce qu'on peut dire sans craindre de se tromper, c'est qu'on a fait un singulier abus de l'opération. Schenk, de Saint-Louis, a opéré cent dix femmes; Goodell, de Philadelphie, cent treize; j'ai déjà dit que Johnson avait pu réunir environ 3,000 cas opérés en Amérique, aussi Emmet dit-il lui-même: « L'opération a été faite trop souvent, pour qu'elle ait été toujours nécessaire. »

IX. — Polypes de l'utérus.

On a désigné sous ce nom toutes les excroissances qui s'élèvent à la surface du col ou de la cavité utérine. Il est essentiel d'abord, ne fût-ce qu'au point de vue de la médecine opératoire, de ranger à part les fongosités de l'utérus. Quant aux polypes proprement dits, on peut distinguer les *polypes résiculaires*, analogues à ceux des fosses nasales (ils sont fort rares et ne réclament pas des procédés particuliers) et les polypes plus consistants, formés en tout ou en partie par le tissu utérin. Dans la première catégorie, tantôt c'est du tissu utérin pur, allongé en forme de polype par une hypertrophie locale; d'autres fois, on y trouve des follicules muqueux hypertrophiés eux-mêmes et contenant un liquide filant comme du blanc d'œuf; c'est ce que Huguier a appelé *polypes utéro-folliculaires*. Dans la deuxième catégorie, le tissu utérin sert seulement d'enveloppe à des tumeurs d'une autre nature; tantôt des débris de môles contenant des poils, tantôt un corps fibreux à divers degrés de développement, depuis l'état mou et comme charnu jusqu'à l'état fibreux ou même ossiforme (*calculs utérins*); c'est là ce qui constitue les *polypes fibreux*. Ces derniers, les plus fréquents de tous à beaucoup près, présentent des particularités importantes à constater. L'enveloppe, plus ou