

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 réticulaires*, 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

moins épaisse et vasculaire, n'adhère d'abord au corps fibreux que par un tissu cellulaire lâche et sans vaisseaux, en sorte que l'énucléation est facile et sans danger d'hémorrhagie; et c'est ainsi qu'on a pu aller déraciner des corps fibreux dans l'épaisseur même de l'utérus, avant qu'ils s'en fussent assez détachés pour offrir un pédicule. Plus tard viennent des adhérences, d'abord à la partie inférieure, puis au pédicule même; et alors il y a des communications artérielles quelquefois très considérables entre le corps fibreux et l'utérus. Le pédicule est formé d'ordinaire par la membrane d'enveloppe seule; dans quelques cas rares, il renferme au centre un prolongement du corps fibreux.

On voit quelquefois le pédicule étreint si fortement par le col utérin qu'il en est aminci et même rompu, en sorte que le polype tombe de lui-même. Cela explique comment on a pu le détacher par de simples tractions, ou encore en tordant le pédicule; mais ces bonnes fortunes exceptionnelles ne sauraient être érigées en procédés réguliers. Les procédés qui méritent ce nom sont : la *ligature*, l'*excision* et l'*écrasement linéaire*.

1^o *LIGATURE*. — Jusqu'en 1742, on ne liait ces polypes que descendus hors de la vulve. Levret a porté la ligature dans le vagin même; Herbiniaux, jusque dans l'utérus.

La ligature hors de la vulve se ferait suivant les règles générales. Quand le polype est encore dans le vagin, on essaye de l'attirer au dehors avec les pinces de Museux, ou du moins de l'abaisser le plus possible, pour faciliter l'application de la ligature. L'anse du fil est alors portée sur le pédicule, soit avec les doigts, soit à l'aide de porte-nœuds.

Avec les doigts. — Un chirurgien anglais, qui ne s'est pas nommé, a indiqué le procédé suivant. Il place en travers, sur le bout du doigt indicateur, la partie moyenne de la ligature, et la fixe en retenant dans la main ses deux extrémités suffisamment tendues. Il porte le doigt ainsi armé sur le pédicule du polype; là il dégage les extrémités du fil, fait faire à chaque côté de l'anse un demi-tour de manière à embrasser la moitié ou les trois quarts de la circonférence du pédicule; c'est assez pour qu'en passant les deux extrémités dans le serre-nœud et faisant monter celui-ci vers le pédicule, l'anse se forme convenablement, la forme globuleuse du polype retenant le fil en place et l'empêchant de descendre.

Avec les porte-nœuds. — Les porte-nœuds les plus simples sont ceux de Mayor, tiges élastiques d'acier ou de baleine, terminées en pattes d'écrevisse, en sorte que le lien y soit retenu convenablement, et que le moindre effort de traction sur la tige suffise pour le dégager.

La ligature passée dans les porte-nœuds, de façon à ouvrir une anse entre les deux, on porte l'index et le médius gauche au fond du vagin, en suivant sa paroi postérieure, et sur ces doigts on glisse les porte-nœuds jusqu'au niveau du pédicule. On retire alors les doigts qui leur servaient de guide; et les saisissant de chaque main, on les porte de derrière en devant, en faisant décrire à chacun une demi-circonférence autour du pédicule. Cela fait, on les croise, de peur que le fil ne se déränge; on passe les extrémités du fil dans un serre-nœud, soit de Græfe, soit de Mayor; on fait monter le serre-nœud jusqu'au point de réunion des deux porte-nœuds; on retire ceux-ci par un simple effort de traction, et il ne reste qu'à serrer la ligature. On place de préférence le serre-nœud en avant sous le pubis, attendu que là le pédicule est moins éloigné de la vulve, et que l'instrument sera moins pressé par la tumeur contre le vagin.

La ligature posée, on la serre énergiquement. On a vu la striction causer des douleurs atroces et des convulsions portées même jusqu'à la mort. Si de tels accidents survenaient, il faudrait resserrer la ligature de manière à amener la destruction de toute vitalité au niveau et au-dessous de la ligature; les accidents dus à la ligature étant presque toujours occasionnés par une striction insuffisante qui amène alors une véritable étranglement des parties serrées au lieu d'en déterminer la mortification.

2^o *EXCISION*. *Procédé de Dupuytren*. — Lorsque le polype est descendu dans le vagin, on le saisit avec des pinces de Museux, et on l'amène jusqu'à l'ouverture de la vulve qu'il faut lui faire franchir; le pédicule ainsi en vue, on le coupe avec un bistouri, ou avec des ciseaux forts et courbes sur le plat. Deux ou trois coups de ces derniers suffisent; il y a à peine quelques gouttes de sang; la matrice remonte aussitôt, et la guérison s'achève en peu de jours.

Ce procédé est très beau et très simple; et quand le polype se laisse attirer sans résistance, il n'y a rien à y ajouter. Mais si le polype résiste, il faut se garder d'exercer des tractions trop fortes, car elles pourraient amener une inversion, ou la déchirure de l'utérus. Si on ne peut faire descendre le polype,

on peut avec de longs ciseaux courbes aller couper son pédicule.

Quand le polype n'est pas sorti de l'utérus tantôt le col est dilaté suffisamment, et tantôt il est trop resserré, pour permettre la sortie du polype. Dans le premier cas, Dupuytren donnait quelquefois le seigle ergoté pour procurer l'expulsion du polype; ou bien il allait le saisir avec des pinces de Museux, au-dessus desquelles il en implantait d'autres au besoin, afin de l'attirer au dehors, fût-ce au prix d'un demi-renversement du fond de l'utérus. Dans le second cas, il commençait par inciser le col et allait couper le pédicule avec les ciseaux courbes jusque dans la cavité.

Enfin, quand le polype ou plutôt le corps fibreux fait seulement saillie dans cette cavité et reste encore enclavé dans le tissu utérin, Dupuytren faisait autour de la moitié antérieure de sa base une incision elliptique plus ou moins profonde, qui laissait déjà saillir le corps fibreux entre ses bords retractés; en ajoutait une pareille autour de la moitié postérieure, et cherchait ensuite à le détacher avec le doigt ou le manche d'un scalpel; s'il rencontrait des adhérences, il n'hésitait même pas à les détruire avec le bistouri.

Cette dernière manœuvre est périlleuse, à moins que les adhérences ne soient fort peu étendues.

3° ÉCRASEMENT LINÉAIRE. *Procédé de Chassaignac.* — Il commence par attirer en bas avec des pinces de Museux, non le polype, mais le col de l'utérus; et dès que le pédicule du polype est accessible, il engage tout autour la chaîne de l'écraseur.

Si le pédicule reste à une certaine hauteur dans le vagin, les doigts de la main droite réunis en cône sont introduits dans un anneau formé par la chaîne, sans y être d'ailleurs trop serrés, et de telle sorte qu'ils puissent s'écarter assez pour saisir la partie inférieure du polype. On fait alors, soit avec les doigts de la main gauche, soit par la main d'un aide, glisser peu à peu la chaîne jusqu'au pédicule. On retire ensuite les doigts, et l'on fait agir l'instrument selon les règles générales.

Ces manœuvres, en apparence si simples, sont en réalité très-souvent difficiles à exécuter. Si l'on se sert de l'écraseur à chaîne, celle-ci se plie en différents sens, échappe à l'action des doigts, se contourne sur elle-même et l'on n'arrive pas à la placer. C'est pour cette raison que je préfère l'emploi du serre-nœud et de l'anse formée par un fil de fer recuit. Cette anse plus rigide se place plus facilement que la chaîne. Pour l'introduire, on la re-

courbe un peu sur le serre-nœud, on l'engage autour du polype, tandis que le serre-nœud est engagé entre le polype et la paroi postérieure du vagin, et maintenu de la main gauche. Avec l'index droit placé sur la face antérieure du polype, on refoule en haut la partie moyenne de l'anse, tandis que le serre-nœud est poussé dans le cul-de-sac postérieur.

Lorsqu'on emploie le serre-nœud, il ne faut pas employer un câble formé de deux ou plusieurs fils de fer tordus. Il est rare que l'un des fils n'ait pas subi une torsion plus forte que l'autre et dans ce cas il ne tarde pas à se rompre.

Il est toujours prudent, avant l'opération, d'essayer une partie du fil sur un morceau de bois ou un rouleau de linge pour éprouver sa résistance, rien n'est plus désagréable et plus fréquent que de voir le fil se briser au cours de l'opération. Je me sers volontiers de fil d'acier recuit avec [soin de manière à le rendre souple et maniable.

Au lieu de l'anse de fil de fer ou de l'écraseur, on peut avec avantage employer un fil de platine et la galvano-caustique.

Appréciation. — La ligature lente doit être complètement abandonnée. Elle amène la mortification du polype, dont la putréfaction précède l'expulsion. Elle amène des écoulements fétides, peut occasionner une infection putride et elle n'est pas même exempte du danger de l'hémorrhagie. A. Dubois a perdu ainsi plusieurs malades. L'excision, plus rapide, plus facile à pratiquer, a contre elle la crainte de l'hémorrhagie. C'est donc à un des procédés d'écrasement linéaire qu'il faut donner la préférence.

J'ai dit que parfois il était très-difficile de placer l'anse métallique ou la chaîne. La difficulté devient presque insurmontable quand on rencontre des polypes volumineux remplissant toute la cavité vaginale; ni les doigts, ni les instruments ne peuvent pénétrer jusqu'au pédicule. Il faut alors réduire le volume de la tumeur, et l'on peut le faire de différentes manières. On la met le plus possible à découvert et avec un bistouri on en découpe des tranches triangulaires, exactement comme on le ferait d'un melon; cela fait, en saisissant la tumeur avec une pince forceps spéciale on réduit facilement le volume du polype. Simon pratique l'*allongement opératoire* du polype en faisant dans son épaisseur et avec des ciseaux un certain nombre d'incisions, transversalement dirigées, symétriques et situées à différentes hauteurs. Hegar fait autour du polype des incisions en spirale s'avancant jusqu'au centre de la tumeur. Il affirme qu'on peut alors l'abaisser hors de la vulve.

Si le pédicule est large, si l'on opère de fortes tractions, on peut amener l'inversion complète ou partielle de l'utérus et întresser l'organe. Tillaux ouvrit la cavité péritonéale et la malade succomba à la péritonite. Gosselin, dans un cas où il cherchait à opérer avec un forceps la descente d'un polype volumineux, déchira l'utérus et sa malade, comme celle de Tillaux, mourut de péritonite.

Quant aux tumeurs fibreuses sous-péritonéales, nous en parlerons plus loin à propos de l'hystérectomie abdominale.

X. — Chute de l'utérus.

L'utérus est adhérent à la vessie en avant, libre et revêtu du péritoine en arrière; sur les côtés, il tient aux ligaments larges, mais ceux-ci sont lâches et ne contribuent nullement à le fixer: on peut en dire autant des ligaments ronds. Ce qui semble donc le maintenir en place, c'est, d'une part, le péritoine pariétal antérieur, réfléchi sur sa face antérieure; d'autre part, le péritoine postérieur, qui, toutefois, ne retient directement que le vagin; mais par-dessus tout les ligaments postérieurs ou utéro-sacrés, qui se tendent comme deux cordes lorsqu'on attire en bas l'utérus. Quand cet organe est précipité au point de dépasser la vulve, il a entraîné avec lui la vessie et le péritoine, décollé le vagin du rectum, et tellement distendu les ligaments, qu'ils ne peuvent guère reprendre leur ressort sinon chez de jeunes sujets; il est donc bien difficile d'espérer une guérison radicale.

Le traitement palliatif consiste d'abord à reporter l'utérus dans le bassin, lorsqu'il en est sorti; après quoi on le maintient généralement par l'application d'un pessaire. Mais le pessaire étant fort incommode et trop souvent inefficace, on a essayé de retenir au moins l'utérus à l'intérieur, en rétrécissant ou en oblitérant, soit la vulve, soit la partie inférieure du vagin.

Fricke (de Hambourg) a avivé et réuni par suture la face interne des grandes lèvres: ce qu'il appelait l'*épisioraphie*.

Dieffenbach a tenté l'excision de quelques plis de l'orifice du vagin. Malgaigne a enlevé la muqueuse sur toute la moitié postérieure de cet orifice, et cherché à obtenir l'adhésion par suture.

Marshall-Hall, remontant plus haut, a voulu rétrécir le vagin tout entier, en enlevant sur la face antérieure de la tumeur descendue un lambeau de 4 centimètres de largeur, depuis le col utérin jusqu'à l'orifice extérieur, et réunissant la plaie par suture. Romain Girardin avait proposé de rétrécir ou même d'oblitérer le vagin par la cautérisation; Laugier a essayé à cet effet le ni-

trate acide de mercure, Velpeau le fer rouge. Plus tard R. Girardin a poursuivi le même but à l'aide du bistouri, en enlevant la muqueuse vaginale dans toute sa circonférence et sur une hauteur de 4 centimètres.

Sauf l'oblitération complète du vagin, restée jusqu'ici à l'état de théorie, du moins pour les chutes de l'utérus, tous ces procédés ont été appliqués sur le vivant; et là où ils ont le mieux réussi, ils ont retenu pour un temps la matrice à l'intérieur, mais la chute n'a pas tardé à se reproduire. A. Bérard avait présenté à l'Académie une femme chez qui, depuis trois mois déjà, l'utérus était resté bien contenu; deux mois plus tard le prolapsus avait reparu. Desgranges espérait obtenir la cure radicale tout en conservant la forme du vagin, qu'il prétendait fixer dans la position normale par des adhérences accidentelles. Pour y arriver il implantait dans la paroi vaginale des serre-fines très fortes, qui finissaient par ulcérer le pli de tissus qu'elles embrassaient et tombaient du cinquième au dixième jour. Les premières serre-fines tombées on en appliquait d'autres et le traitement durait de deux à trois mois. Ce procédé n'agit guère autrement que la cautérisation et l'excision de la muqueuse et il est à croire qu'il ne donnait pas de résultats durables, puisque Desgranges l'avait remplacé par la cautérisation. Les méthodes employées ont pour but de s'opposer à la chute de l'utérus: 1° en combattant la rectocèle ou la cystocèle par le rétrécissement de la paroi vaginale; 2° en empêchant la sortie de l'utérus par le rétrécissement de l'orifice vulvaire, ou simultanément de la vulve et de la paroi postérieure du vagin; 3° en s'opposant à la descente de l'utérus par la suture de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin; 4° en raccourcissant les ligaments ronds; 5° en fixant l'utérus à la paroi abdominale; 6° en pratiquant l'ablation de l'utérus.

1° RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN. A. *Cautérisation. Procédé de Desgranges.* — Au procédé décrit plus haut, Desgranges a substitué le procédé suivant: Il emploie des pinces analogues aux pinces à phimosis dont les mors sont creusés d'un sillon de deux centimètres de largeur, assez profond pour loger du chlorure de zinc. On saisit avec les pinces un pli du vagin dont on obtient ainsi la cautérisation. La chute de l'eschare et la cicatrisation rétrécissent le vagin. Desgranges dit avoir eu par ce procédé quelques guérisons durables.

B. *Excision et suture de la paroi vaginale. Procédé de Jobert (de Lamballe).* — Il consiste à enlever sur la paroi anté-