

la vessie dans l'étendue de 6 à 7 millimètres, pour rejeter l'entrée de l'urine dans la vessie à une certaine distance de la ligne de réunion. Je ne peux m'empêcher de remarquer ici que M. Bozeman a expliqué après coup son insuccès à l'Hôtel-Dieu par la présence dans le point resté fistuleux de l'orifice d'un uretère, qu'il avait vu, dit-il, et qu'il n'avait pas voulu disséquer.

3° *Oblitération du vagin.* — Cette opération, justement rejetée dans les fistules curables, se présente comme une ressource extrême pour celles qui ne le sont pas. La grande difficulté était de réussir; et Vidal (de Cassis) est mort en doutant de la possibilité du succès. Quelques chirurgiens allemands ont été plus heureux.

M. Simon (de Darmstadt) a avivé tout le pourtour du vagin sur une hauteur de 2 à 3 centimètres, et réuni la paroi antérieure à la paroi postérieure à l'aide de 6 à 7 sutures, pratiquées à un demi-centimètre de distance. Il a opéré ainsi six femmes, sans obtenir jamais du premier coup une réunion complète; il reste ordinairement deux petites ouvertures qu'il faut fermer, soit par la cautérisation, soit par un second avivement avec la suture.

Comme le vagin n'a pas la contractilité nécessaire pour expulser l'urine, on aurait pu craindre que la rétention de ce liquide amenât de l'inflammation et la formation de calculs. Jusqu'à présent, M. Simon n'a rien observé de semblable; deux fois seulement il est survenu un catarrhe vésical qui a disparu en quelques semaines. M. Simon a pu suivre deux de ses opérées plus de deux ans après la guérison; elles sont bien portantes, et l'urine est claire, hormis pendant l'époque menstruelle. MM. Wernher et Roser paraissent aussi avoir obtenu chacun un succès complet.

Art. III. — Des opérations qui se pratiquent sur l'utérus.

1° Du cathétérisme de l'utérus.

Anatomie. — La cavité utérine, même à l'état normal, offre des dimensions très variables. En général, d'après M. Guyon, chez les vierges, elle offre 45 à 50 millimètres de hauteur; chez les femmes ayant usé du coït, 48 à 55 millimètres; chez celles qui ont eu des enfants, de 55 à 60 millimètres; mais, aux époques menstruelles, la hauteur augmente de 5 à 10 millimètres. Sur la hauteur totale, la cavité du col prend de 26 à 29 millimètres à l'âge de la puberté; après plusieurs grossesses, 24 à 28, pour redescendre entre 14 et 24, après la ménopause.

L'orifice externe du col, ou *museau de tanche*, ne présente guère

chez les vierges qu'une fente de 6 à 8 millimètres; il offre un diamètre double chez les femmes qui ont eu des enfants, et se rétrécit dans la vieillesse. L'orifice interne, avant la grossesse, offre un rétrécissement de 3 à 4 millimètres de diamètre, sur 5 à 6 de longueur; et, même chez les femmes qui ont eu des enfants, il est toujours beaucoup plus étroit que l'externe. Entre les deux s'étend la cavité du col, ayant 6 à 8 millimètres en largeur, tandis que ses parois demeurent en contact d'avant en arrière. Sur ces deux parois, on aperçoit une saillie verticale de laquelle partent de chaque côté d'autres petites saillies qui montent en s'écartant; c'est ce qu'on nomme l'*arbre de vie*.

Enfin, dans l'état normal, l'utérus est le plus généralement un peu incurvé en avant, le col dans la direction du vagin, le corps incliné sur la vessie. Mais on comprend que l'état de plénitude ou de vacuité de ce dernier viscère, influe beaucoup sur le degré d'incurvation de l'utérus.

Procédé opératoire. — La sonde utérine, appelée aussi *hystéromètre*, est une tige métallique légèrement recourbée, montée sur un manche, et portant les divisions du mètre pour juger à quelle profondeur elle a pénétré dans l'utérus.

La malade placée comme pour l'application du spéculum, on commence par reconnaître au toucher la direction de l'utérus; puis on introduit l'indicateur gauche de manière à en appliquer la pulpe sur la lèvre postérieure du col, en arrière de son orifice; et sur ce doigt on fait glisser la sonde, la convexité tournée en arrière. On pénètre dans l'intérieur du col en portant le manche en haut et un peu en arrière; et en poursuivant ce mouvement, s'il n'y a pas de déviation, on arrive jusqu'au fond de l'utérus.

La sonde est arrêtée quelquefois, dit-on, par les saillies de l'arbre de vie; on l'en dégagerait au besoin par quelques mouvements de latéralité. Mais un obstacle beaucoup plus sérieux l'attend à l'orifice interne. D'abord, il y a là un rétrécissement naturel; mais de plus on y rencontre fréquemment une contraction spasmodique, qui, s'exerçant même quelquefois sur la sonde préalablement introduite, oppose une résistance assez forte à sa sortie. M. Bennet, après avoir pratiqué le cathétérisme sur 600 femmes, déclare qu'il a presque toujours rencontré en ce point un obstacle qu'on ne peut franchir sans un certain degré de pression. De là même une erreur assez commune chez les praticiens inexpérimentés, qui s'imaginent être dans l'utérus lorsqu'ils sont encore dans le col; selon M. Bennet, ce n'est pas assez de pousser la sonde à 38 et même 44 millimètres de profondeur, il faut absolument qu'elle ait pénétré au delà de 50 milli-

mètres. Ceci semble peu en rapport avec la hauteur réelle du col ; mais on ne sonde guère l'utérus à l'état normal, et l'effet le plus commun des affections de l'utérus est de l'accroître dans toutes ses dimensions ; de plus, la sonde butant contre l'orifice utérin, le refoule toujours quelque peu, ce qui allonge encore la portion du col déjà parcourue. Dans tous les cas, il faut pousser lentement et avec beaucoup de douceur ; une autre considération vient encore à l'appui de ce précepte.

Le trajet du col se fait généralement sans douleur ; au contraire, le passage de l'orifice interne détermine presque toujours une douleur très vive. D'autres douleurs naissent aussi du frottement du bec de la sonde contre les parois utérines ; de là, chez certaines femmes, des spasmes hystériques et même des accidents plus graves qui ont été jusqu'à déterminer la mort. On a dit combien il importe de procéder avec prudence ; et lorsqu'on a pénétré dans l'utérus, il faut, comme pour la vessie, que les séances soient le plus courtes possible, et qu'on n'y prolonge pas les recherches au delà de quelques minutes.

J'ai essayé, dans la névralgie des annexes, de porter dans la cavité du col seulement une sonde de femme ou une sonde cannelée pendant quelques secondes ; les douleurs ont été quelquefois dissipées immédiatement.

2° Des déviations de l'utérus.

Tantôt l'utérus se dévie en masse, en sorte, par exemple, que le corps est incliné en avant, le col en arrière, *antéversion* ; ou le corps en arrière, le col en avant, *réversion* ; tantôt le corps seul est fléchi sur le col, soit en avant, *antéflexion*, soit en arrière, *rétroflexion*. On a aussi observé des *latéversions* et des *latéflexions*.

Ces déviations s'accompagnent fréquemment de douleurs que l'on calme, soit par l'usage d'une ceinture hypogastrique, qui semble alléger la pression des intestins sur l'utérus, soit en essayant de ramener l'utérus dans une meilleure direction à l'aide des pessaires. Un moyen plus direct consiste à introduire la sonde dans l'utérus même, en suivant lentement les contours de la déviation, et à le maintenir redressé pendant quelques minutes, sauf à recommencer le lendemain. Ce procédé laissant trop facilement l'utérus revenir à sa déviation première, M. Simpson a eu l'idée d'y laisser à demeure ce qu'il appelle le *redresseur utérin*.

Procédé de M. Simpson. — Ce redresseur consiste essentielle-

ment en une tige solide de métal ou d'ivoire, de la longueur de la cavité utérine, réunie à peu près à angle droit avec une seconde tige qui doit occuper la longueur du vagin, laquelle enfin se réunit à angle avec un anneau extérieur qui sert de manche à l'instrument.

La direction de l'utérus étant reconnue, on porte dans le col la tige terminale, jusqu'à ce qu'on la sente arrêtée par un obstacle. Si cet obstacle vient de l'inflexion de l'organe, on baisse ou on relève le manche du redresseur pour lui faire suivre la direction voulue ; et quand enfin on a pénétré jusqu'au fond de l'utérus, on le redresse en portant le manche en avant ou en arrière, selon que l'utérus lui-même était porté en arrière ou en avant ; et le manche est fixé dans cette position par des cordons qui entourent le bassin.

Cette opération demande beaucoup de précaution. D'abord il se peut qu'on n'y réussisse pas du premier coup ; il ne faut pas alors trop insister dans les premières séances, mais y revenir peu à peu, et après deux, trois, quatre jours, on finit par pénétrer. Une fois le fond atteint, il faut mesurer la hauteur de la cavité utérine, qui, dans les déviations, dépasse toujours la hauteur normale, et comme le fond est très sensible, avoir soin de ne placer à demeure qu'un instrument qui ait un centimètre ou un centimètre et demi de moins que la hauteur totale. Si l'instrument détermine encore quelques douleurs, on fait garder le repos, ou même au besoin on le retire. Si, au contraire, il est bien supporté, on le laisse huit, dix, quinze jours, et même davantage, jusqu'à ce que l'on pense que l'utérus est consolidé dans sa position normale.

Appréciation. — L'emploi du redresseur offre des dangers très sérieux ; on l'a vu amener des hémorrhagies graves, des inflammations de l'utérus, du péritoine et de la fosse iliaque, et enfin la mort des malades. Ces dangers sont moins fréquents peut-être qu'on ne l'a avancé ; mais le plus grave reproche à faire à ce procédé, c'est qu'il est impuissant à atteindre son but. La matrice n'a pas de position fixe dans le ventre : elle ballotte entre la vessie en avant, le rectum en arrière, éloignée de ce dernier seulement par des anses de l'intestin grêle ou l'S iliaque. Si l'on retire ces intestins, à l'instant la matrice se renverse en arrière ; remplacez les intestins, elle est repoussée en avant. A part donc les cas d'inflammation chronique et d'adhérences, où le redressement est impossible, la matrice est facilement ramenée en place par le simple cathétérisme de quelques instants ; le séjour de l'instrument à demeure n'en fait pas davantage ; et le décubitus sur le ventre suffit quelquefois pour amener le même résultat. Si alors quelque anse d'intestin se

glisse entre elle et le rectum, si des fèces s'accumulent en cet endroit dans l'S iliaque, le redressement pourra être définitif; j'ai vu plusieurs fois pour ma part des rétroflexions disparaître spontanément. Mais je répète que si le redressement par la sonde ou par la position peut être tenté avec avantage, le maintien à demeure du redresseur ne répond à aucune sorte d'indication.

Amussat a tenté la cure radicale de la rétroversion par un procédé qui n'est pas beaucoup mieux raisonné.

Procédé d'Amussat. — Il cherche à ramener et à fixer le col utérin en arrière, en cautérisant la muqueuse de la partie postérieure du col et du vagin avec le caustique Filhos, pour y déterminer des adhérences.

Amussat disait avoir obtenu ainsi deux guérisons. Que le col ait été ramené à une direction meilleure, je l'accorde; quant au corps de l'utérus même, cela me paraît fort douteux. Cependant, dans un cas de rétroversion rebelle, où la déviation du col paraît l'obstacle principal à la fécondation, peut-être y aurait-il lieu de recourir à ce procédé, non contre la rétroversion, mais contre la stérilité.

3° De la rétroversion avec enclavement.

La rétroversion de l'utérus, dans l'état de vacuité, se réduit aisément dans la plupart des cas par la seule application des pessaires; j'ai vu cependant une jeune femme chez laquelle le fond de l'utérus, précipité par un effort au-dessous de la saillie sacro-iliaque, déterminait des douleurs intenses qu'une réduction en règle put seule apaiser. J'en ai vu une autre portant depuis longtemps une rétroversion qui mettait obstacle aux fonctions du rectum; mais la matrice était retenue par des adhérences si solides, que tous mes efforts pour la dégager demeurèrent infructueux.

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. M. 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 de la pression du testicule, et qui brise leurs forces et les fait tomber à plat sur le ventre. 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 médius 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 porter un ou deux doigts dans le rectum pour repousser directement en haut le fond de l'utérus; et 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. J'ai aussi essayé la position sur les coudes et les genoux, en laissant reposer les fesses sur les talons, et n'ai pas trouvé qu'elle fût si difficile à garder que le dit M. Moreau. Je rappellerai du reste le précepte excellent donné par Amussat pour faire arriver le doigt à une plus grande hauteur, et qui consiste à faire pousser le coude par un aide.

Lorsque l'on n'a pu réussir avec les doigts, on peut recourir au procédé d'Évrat. 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.

D'après ma propre expérience, cette introduction des doigts dans le vagin est parfaitement inutile, et n'a d'autre effet que de gêner la manœuvre. La pression sur le col n'aide en rien à dégager le fond de l'utérus; et quand le fond est dégagé, le col se redresse de lui-même. La position sur le côté n'est pas non plus très favorable; pour pousser avec plus de force, je fais coucher la femme sur le ventre, les pieds posant à terre, et je porte un doigt dans le vagin pour empêcher la baguette de changer de direction.

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. M. 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. M. 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, et il a réussi; il pense qu'au besoin, au lieu 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 M. 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 Dusaussay a conseillé d'introduire dans le rectum la main tout entière; ressource extrême, mais qui dans un cas extrême ne serait peut-être pas à dédaigner.

4° 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 perfore 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 stilet 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.

5° Incisions du col utérin.

On a recours à cette opération dans deux conditions fort diverses; ou bien pour combattre la névralgie du col, et il suffit d'une légère incision sur une de ses lèvres; ou bien on a besoin d'agrandir son orifice comme préliminaire à une opération plus importante, et alors c'est un véritable débridement.

1° *Incision contre les névralgies. Procédé de l'auteur.* — Lorsque le col est bas et entr'ouvert, j'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 je divise toute l'épaisseur de la lèvre en ce point, à une profondeur de 1 à 2 centimètres.

Si le col est trop élevé, je le saisis avec les pinces de Museux et l'attire près de la vulve. Lorsqu'enfin la membrane hymen persistante fait obstacle à l'emploi des pinces de Museux, j'ai fait fabriquer des ciseaux très longs et coupant seulement dans l'étendue de 2 centimètres, que l'on glisse dans le vagin, et avec lesquels on tâche de comprendre toute l'épaisseur de la lèvre du col affectée. Mais on n'y réussit alors qu'avec difficulté.

Ces incisions faites sur la longueur du col donnent lieu tout au plus à l'écoulement de quelques gouttes de sang. Dans deux cas où la difficulté d'introduire une branche des ciseaux dans la cavité m'avait engagé à faire, à l'aide de ciseaux courbes, une incision horizontale à l'extérieur du col, j'ai eu une hémorrhagie qui a exigé le tamponnement; aussi ai-je renoncé à ces incisions horizontales.

2° *Débridement.* — Le débridement s'opère sur toute la hauteur du col, soit pour rendre la cavité utérine plus accessible aux instruments, soit pour en extraire un polype ou un calcul, auxquels l'ouverture naturelle n'aurait pu livrer passage; les accoucheurs y ont pareillement recours en certains cas. En général, 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.

Le procédé le plus simple consiste à porter jusque dans l'utérus un bistouri boutonné, et à faire l'incision d'un côté en le retirant; après quoi, s'il en est besoin, on répète l'opération sur l'autre côté. Le lithotome caché agirait tout aussi bien; quelques-uns font d'un seul coup les deux incisions avec le lithotome double.

M. Jobert a eu recours à un débridement plus étendu pour mettre au jour une fistule vésico-utérine; le col doit être alors divisé des deux côtés dans toute son épaisseur. Ici le bistouri ne serait pas assez sûr; on se sert de ciseaux droits et mousses, dont une lame pénètre dans la cavité du col, et l'autre demeure en dehors pour diviser le col de bas en haut. Quand la section arrive au point d'union du col et du vagin, les attaches du vagin sont divisées; la lame extérieure pénètre alors dans le tissu cellulaire du ligament large. M. Jobert, dans de nombreuses expériences sur le cadavre, n'a jamais vu l'artère utérine atteinte, même lorsqu'il parvenait très haut; toutefois il ajoute qu'il y aurait témérité à dépasser de beaucoup le niveau de l'insertion du vagin au col de l'utérus.

6° *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 vésiculaires*, analogues à ceux des fosses nasales; ils sont fort rares et ne réclament pas de 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, et j'en ai vu plusieurs exemples; 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 M. 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 particu-

larités 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 a vu quelquefois le pédicule étroit 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° *La ligature.* — Jusqu'en 1742, on ne liait ces polypes que descendus hors de la vulve. Leuret 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 (voy. p. 14). 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.

J'ai cherché à simplifier ce procédé. Avant de porter le fil dans le vagin, ses deux extrémités seraient passées d'abord dans un serre-

nœud ; de cette façon, tandis que l'indicateur maintiendrait à la hauteur convenable une portion de l'anse, le serre-nœud qu'on ferait monter du côté opposé porterait de lui-même au point correspondant l'autre portion de l'anse ; il suffirait pour cela de tenir les bouts du fil en même temps que le serre-nœud monterait, et l'on n'aurait pas à faire avec le doigt ces mouvements de circumduction qui peuvent être quelquefois difficiles.

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. Pour ce lien, on peut se servir d'un cordonnet de soie, de fil d'archal, ou tout aussi bien d'une ficelle goudronnée et ensuite savonnée, d'une longueur de 60 à 80 centimètres.

La ligature passée dans les porte-nœuds, de façon à offrir 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 dérrange ; 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 plus qu'à serrer la ligature. On place de préférence le serre-nœud en avant sous les 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.

Pour porter la ligature dans l'utérus, on se sert des porte-nœuds comme il vient d'être dit ; seulement en prenant soin que les instruments glissent bien entre le pédicule et le col utérin, et n'aillent pas porter la ligature sur le col même.

La ligature posée, on la serre jusqu'à ce que la malade se plaigne qu'on la pince, jamais au delà. On a vu une striction trop forte causer des douleurs atroces et des convulsions portées même une fois jusqu'à la mort. Si de tels accidents survenaient, il faudrait relâcher la ligature ; et si un second, un troisième essai réussissaient aussi mal, y renoncer tout à fait. Si, au contraire, la malade la supporte bien, après quelques jours, quand le nœud extérieur paraît relâché, on le resserre ; le polype tombe au bout d'un temps

variable, selon l'épaisseur et la nature de son pédicule, depuis quatre à cinq jours jusqu'à près de trois mois (Leblanc).

2° *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 ; on porte alors dans le vagin un long bistouri à pointe mousse courbé sur le plat jusqu'au niveau du pédicule, et on le coupe avec assez de facilité.

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 seige 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 (voy. p. 785) ; 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 rétractés ; 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 ; dans le cas contraire, où il serait à craindre que le bistouri ne pénétrât jusqu'au péritoine, j'ai recommandé depuis longtemps d'exciser le plus qu'on peut du corps fibreux et d'abandonner le reste, qui ne tarde pas à se détacher par le retrait concentrique du tissu utérin.

3° *Écrasement linéaire. Procédé de M. 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 (voy. p. 49).

Appréciation. — La ligature, lente dans son action, toujours accompagnée d'écoulements fétides, quelquefois de douleurs et de convulsions, n'est pas même exempte du péril de l'hémorrhagie ; on dit que A. Dubois a vu le sang jaillir en abondance à la chute du lien, et perdu même ainsi plusieurs malades. L'excision, plus rapide, plus commode aussi à pratiquer, n'a contre elle que la crainte de l'hémorrhagie ; or celle-ci est excessivement rare, et pour mon compte je ne l'ai jamais vue ; on l'arrête d'ailleurs facilement par le tamponnement du vagin. Je n'hésite donc pas à l'adopter comme méthode générale ; l'écrasement linéaire serait préféré seulement pour les cas où l'on aurait reconnu des artères dans le pédicule du polype, ou encore chez les femmes qui ont peur de l'instrument tranchant.

J'ai dit qu'il fallait être très réservé sur les fortes tractions, auxquelles on a pu souvent rapporter la péritonite consécutive. La traction exercée sur le col au lieu du polype avait été employée par Lisfranc ; elle peut être utilisée sans doute ; cependant j'ai remarqué qu'elle allonge généralement le col avant d'agir sur le fond de l'utérus, et qu'elle éloigne ainsi le polype des instruments.

Quelquefois le polype trop volumineux ne peut franchir la vulve trop étroite. Dupuytren, en pareil cas, n'hésitait pas à diviser la fourchette en arrière et un peu sur le côté. Mieux vaudrait assurément essayer de réduire le volume de la tumeur et même de la broyer avec le forceps ou de fortes tenettes ; ou bien encore de l'enlever par portions avec le bistouri. M. Chassaignac a eu l'idée d'en exciser un large fragment en forme de coin ; ce moyen lui a parfaitement réussi.

7° Des fongosités de l'utérus.

On a compris sous ce nom des végétations de nature diverse, jusqu'ici assez mal étudiées, mais 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 contact, 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 aussi 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.

Dans les fongosités non cancéreuses, on pratique aujourd'hui 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 sur 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.

J'ai trouvé cette curette le pire des instruments dont on puisse se servir ; d'abord elle n'a pas de manche pour la saisir solidement, et ensuite les bords de la gouttière ne raclent pas assez directement l'utérus. Le bord des ciseaux courbes sur le plat m'a déjà paru préférable ; mais rien n'égale à cet égard les longs couteaux courbes sur le plat et à pointe mousse dont on se sert pour la section des polypes fibreux, avec la précaution de les faire agir uniquement par grattage.

J'ajouterai qu'il ne faut pas trop facilement attribuer le caractère cancéreux à ces grandes fongosités qui débordent dans le vagin, et se détachent même par lambeaux en répullulant toujours. J'ai curé une matrice qui en était remplie ; les pertes antécédentes avaient plongé la malade dans une anémie qui simulait la cachexie cancéreuse, et moi-même je l'avais jugée perdue ; je l'ai revue bien portante plus de deux ans après mon opération.