

s'aperçoit qu'ils sont peu nombreux puisque Lisfranc ne perdit que deux malades sur quatre-vingt-dix-sept, M. Sims une malade sur trente-six, et que Huguier n'a eu aucun revers sur trente opérations.

4° En dernier lieu, nous devons placer l'amputation à l'aide d'un *fil de platine rougi par l'électricité*. Ce moyen, qui commence à entrer dans la pratique, mérite à juste titre d'être généralisé, car il présente de grands avantages sur les autres méthodes. Voici comment on devra pratiquer

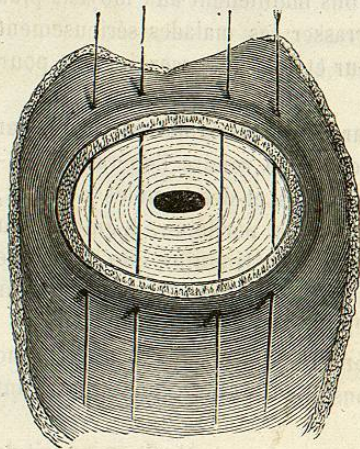


Fig. 87. — Hypertrophie du col. — Dispositions des sutures métalliques. (D'après M. Sims.)

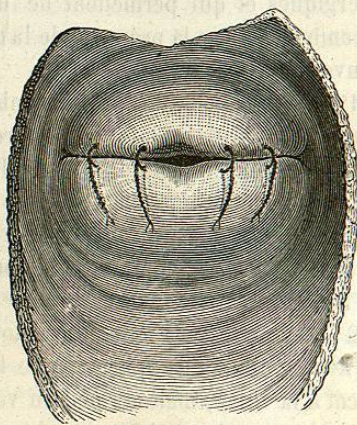


Fig. 88. — Hypertrophie du col. Aspect du col après que les sutures ont été appliquées, et la surface de section recouverte. (D'après M. Sims.)

l'opération. La malade étant placée sur le dos et le col mis à découvert à l'aide d'un spéculum de bois destiné à préserver les parois vaginales, on placera l'anse de platine vers la base du col à 4 ou 5 millimètres de l'insertion vaginale. L'anse de platine portée au rouge par le courant de la pile au bichromate de potasse sera rétrécie à mesure que les tissus seront sectionnés.

Il s'écoule en général peu de sang, surtout si l'anse de platine n'a pas été portée à une trop haute température.

Lorsque la section est opérée, la malade sera tenue au repos pendant un certain temps; puis lorsque l'escharre due à la cautérisation du fil incandescent sera détachée, la cicatrisation se fera comme dans une plaie ordinaire.]]

ARTICLE III

HYPERTROPHIE SUS-VAGINALE

[[L'hypertrophie sus-vaginale, désignée le plus souvent sous le nom d'*allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col*, est constituée par une augmentation de volume et un allongement de la partie du

col située au-dessus du vagin, sans augmentation de volume notable de la portion sous-vaginale et du corps de l'utérus.

Nous avons vu que l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col avait pu être confondu avec le prolapsus utérin; mais c'est surtout l'hypertrophie sus-vaginale qui a donné lieu à des erreurs de diagnostic, et Huguier pense que « la maladie désignée sous le nom de *prolapsus*, de *précipitation* ou de *chute complète de la matrice* n'est autre chose, dans la très-grande majorité des cas, qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'utérus, dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal (1). »

Depuis la publication de ce mémoire, qui a donné lieu au sein de l'Académie de médecine à des discussions passionnées (2), presque tous les auteurs admettent avec Huguier qu'un grand nombre de cas de prolapsus consignés dans la science ne sont en réalité que des allongements hypertrophiques de la portion sus-vaginale du col. Néanmoins il existe des faits certains de prolapsus véritable, mais ces faits sont bien moins communs que ne le pensaient les auteurs anciens.

§ I. — Anatomie pathologique.

La portion sus-vaginale du col, considérablement allongée, souvent aussi augmentée de volume et recouverte du vagin retourné à la manière d'un doigt de gant, constitue la tumeur saillante au dehors de la vulve. Dans certains cas, la matrice participe au mouvement hypertrophique; mais toujours elle conserve sa situation normale dans la cavité pelvienne.

L'insertion du vagin sur le col, qui se fait normalement à environ 1 centimètre du sommet de ce col, a lieu à 2 ou 3 centimètres de ce sommet par suite d'un certain degré d'hypertrophie qu'il a lui-même subi. La longueur totale de l'organe ainsi allongé mesure ordinairement de 10 à 15 centimètres.

A mesure que le col utérin s'abaisse, il entraîne, avec lui les insertions du vagin qui se renverse, et qui à un moment se trouve ne plus présenter de culs-de-sac, quand la tumeur a acquis un volume suffisant. C'est ce vagin ainsi retourné qui enveloppe la tumeur. Le vagin, exposé à l'air, subit quelques modifications; tantôt sa surface est lisse, polie, luisante, de couleur rosée, ou rouge; tantôt elle est plus pâle, rugueuse et assez semblable à la peau, quand la tumeur devenue saillante à l'extérieur ne rentre pas.

(1) Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. 1860, p. 49.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1858-59, tome XXIV, *passim*.

La vessie subit ordinairement un déplacement notable (fig. 89), elle est entraînée et située à la partie antérieure de la tumeur. La direction de l'urèthre est changée (fig. 90), son extrémité supérieure est devenue inférieure

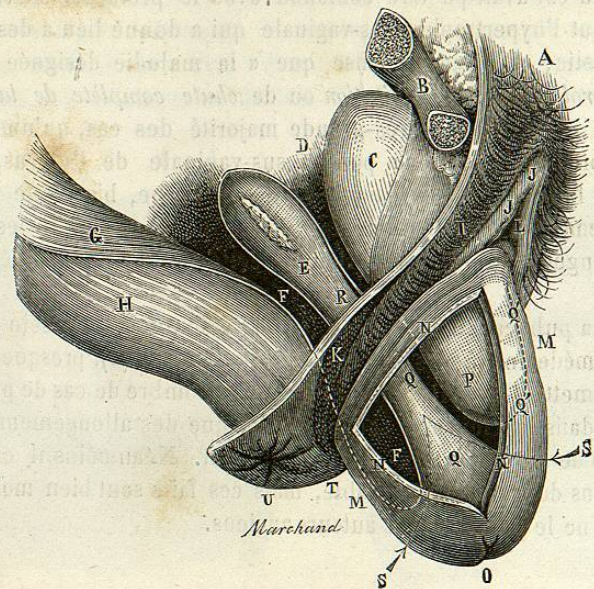


Fig. 89. — Rapports de la vessie et du rectum avec le col et le corps de l'utérus, dans l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. (Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. 1860.) (*)

rieure et sa direction, qui était de bas en haut et d'avant en arrière, est maintenant de haut en bas. Le méat, au lieu d'être saillant, est enfoncé et comme caché sous le clitoris; les uretères sont allongés pour atteindre la vessie déplacée et placés sur les parties latérales de la tumeur.

Le rectum peut aussi être déplacé; mais, tandis que Huguier admet

(*) Les organes sont disséqués; la paroi latérale droite du vagin renversé est enlevée, afin de montrer les parties qui entrent dans la composition de la tumeur sous-vulvaire, ainsi que les rapports de ces parties entre elles. — A. Mont de Vénus. — B. Portion droite de la symphyse pubienne, sciee au niveau du trou obturateur. — C. Portion supérieure et rétro-pubienne de la vessie. — D. Cul-de-sac péritonéal antérieur s'arrêtant au-dessous et au niveau des parties molles qui ont été conservées. Grande lèvre droite I. Place du pli génito-crural K. — E. Corps de l'utérus vu par son bord droit. Les annexes correspondantes sont enlevées afin de ne pas compliquer la pièce. — FF. Cul-de-sac péritonéal postérieur, se prolongeant jusqu'à 2 centimètres et demi du museau de tanche. — G. Lame péritonéale à plis longitudinaux, et qui est la continuation du feuillet postérieur du cul-de-sac péritonéal postérieur. — H. Rectum.

Organes génitaux externes, composition de la tumeur. — I. Grande lèvre droite. — JJ. Nymphes droite et sommet du clitoris. — K. Pli génito-crural. — L. Méat urinaire. — MM. Paroi vaginale antérieure et postérieure. — NNN. Tranche de la coupe faite pour enlever la paroi latérale droite du vagin. — O. Orifice à direction transversale du museau de tanche. — P. Bas-fond de la vessie faisant hernie dans la tumeur. — QQ. Portion sus-vaginale du col de l'utérus, allongée et hypertrophiée. — Q'Q'. La ligne courbe ponctuée que représente, sous la paroi antérieure du vagin, la partie herniée de la vessie. — R. Portion sus-vaginale du corps de l'utérus, allongée et hypertrophiée. — SS. Les deux lignes ponctuées qui montrent le trajet que parcourt l'instrument tranchant dans l'amputation de la portion sus-vaginale du col. — T. Périnée. — U. Orifice anal.

qu'il participe à la formation de la tumeur une fois sur trois, M. Cruveilhier croit qu'il n'y a rectocèle qu'exceptionnellement; c'est la paroi antérieure seulement de l'organe qui est entraînée et qui vient former une ampoule dans laquelle les matières fécales peuvent s'accumuler.

La situation des culs-de-sacs formés par le péritoine en avant et en arrière de l'utérus est importante à connaître, car ils risqueraient d'être

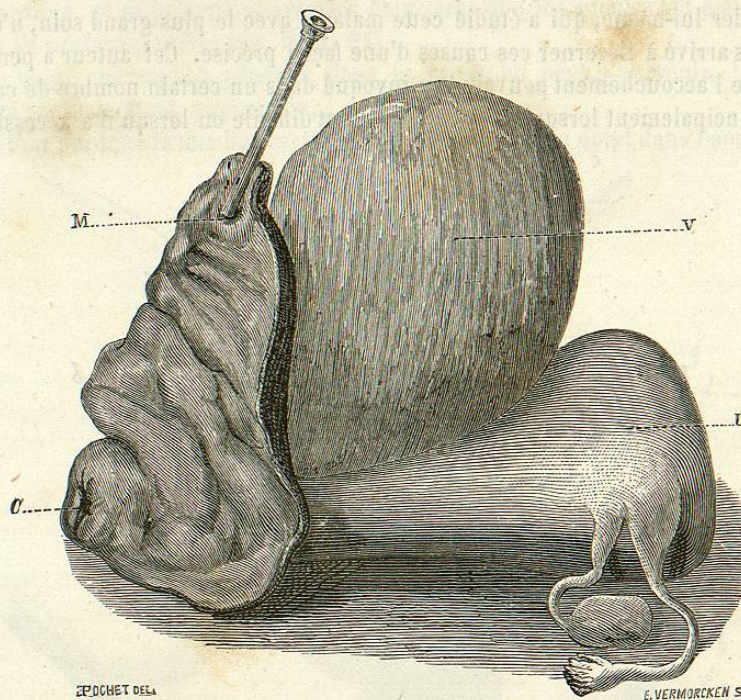


Fig. 90. — Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Rapports avec la vessie et le vagin. (GALLARD. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*.) (*)

ouverts pendant l'opération si l'on n'y prenait garde. Le cul-de-sac postérieur descend en général à 2 ou 3 centimètres au-dessus du niveau de la lèvre postérieure, mais quelquefois il a pu descendre plus bas et même dépasser ce niveau de 3 ou 4 centimètres, de telle façon qu'il forme la partie la plus basse de la tumeur. Le cul-de-sac antérieur ne descend jamais aussi bas, il reste en général au moins à 6 centimètres au-dessus du bord antérieur du museau de tanche.

Les ligaments larges, les ovaires, les trompes, ont conservé leur situation normale.

(*) V. Vessie. — M. Orifice de l'urèthre avec une sonde introduite dans son ouverture pour montrer la direction de l'urèthre ainsi que la portion de vessie entraînée au dehors, et située dans la partie antérieure de la tumeur. — C. Orifice externe du col. — U. Corps de l'utérus. (Dessin d'après nature, par M. ROSAPELLEY.)

Le volume de la tumeur est variable, on l'a vue présenter 20 centimètres de longueur sur 11 de largeur; sa forme est en général ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas.

§ II. — Causes.

Les causes de l'hypertrophie sus-vaginale sont assez obscures; Huguier lui-même, qui a étudié cette maladie avec le plus grand soin, n'est pas arrivé à discerner ces causes d'une façon précise. Cet auteur a pensé que l'accouchement pouvait être invoqué dans un certain nombre de cas, principalement lorsqu'il a été laborieux et difficile ou lorsqu'il a nécessité

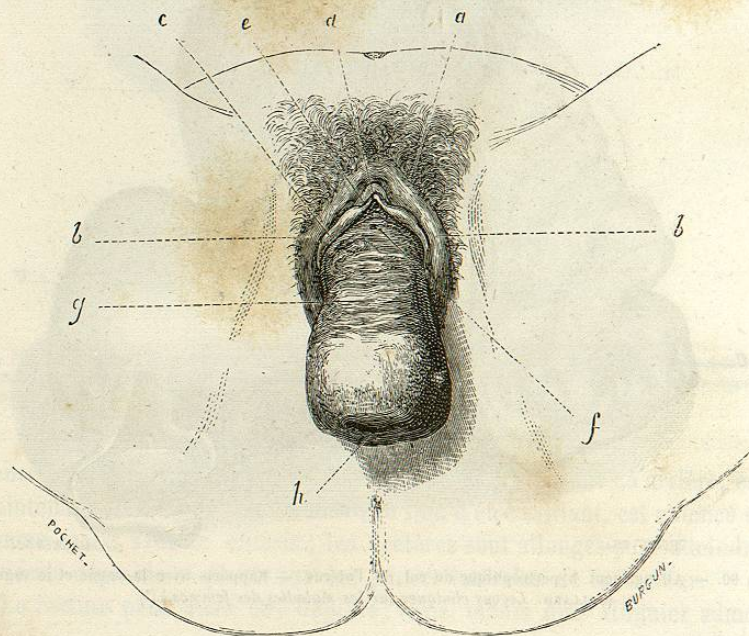


Fig. 91. — Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col (*).

l'intervention de l'art, parce que c'est la partie supérieure du col qui supporte le plus longtemps la pression du fœtus et qui est la plus contusionnée, par le passage de la tête, les instruments ou la main de l'accoucheur introduits dans la cavité de l'utérus. Il se pourrait alors, pense M. Gallard, qu'un travail pblegmasique succédant aux irritations traumatiques, surajoutât son action pour favoriser l'hypertrophie du col; on a encore pensé que l'élongation pourrait être due à la traction du vagin

(*) Cette figure, qui porte le titre de prolapsus de l'utérus, doit être considérée comme un cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — *a*, partie de la peau du pubis; *b, b*, lèvres externes; *c, e*, nymphes; *d*, tête du clitoris; *e*, prépuce du clitoris; *f*, orifice de l'urèthre; *g*, surface interne du vagin renversé par le prolapsus de l'utérus; *h*, prolapsus de l'utérus. (Baillie, *Morbid Anatomy*, fasc. 9, pl. v, fig. 2.)

sur le col, quand ce vagin fortement dilaté est flasque et tend à être expulsé au dehors, principalement quand le périnée a été déchiré à la suite d'un accouchement ou quand la vulve est largement dilatée.

§ III. — Symptômes.

Tout d'abord, on constate la présence d'une tumeur saillante en dehors de la vulve, et se présentant avec les caractères que les auteurs ont assignés au prolapsus utérin (fig. 91 et 92).

Le doigt, cherchant à pénétrer dans le vagin, ne peut y parvenir, la cavité vaginale étant supprimée.

Si l'on pratique le toucher rectal, on peut introduire le doigt dans l'am-

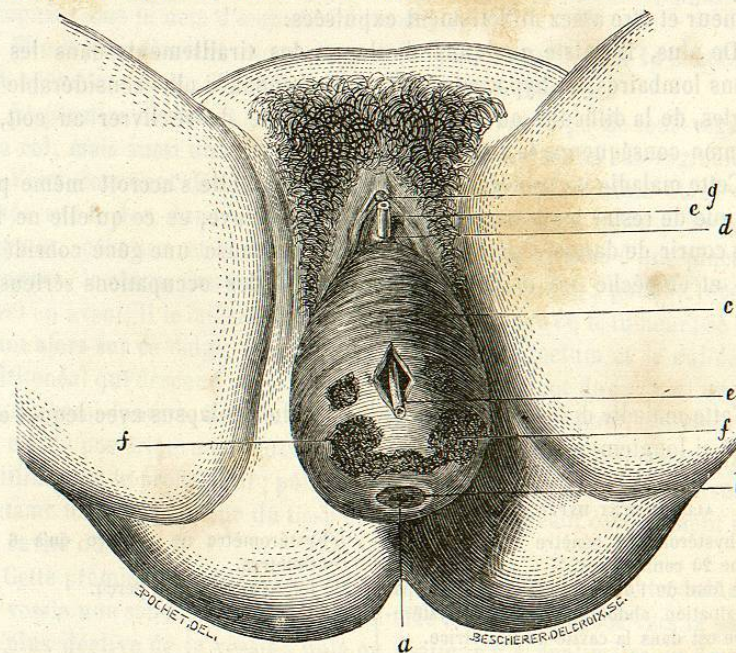


Fig. 92. — Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — Situation de la vessie et direction de l'urèthre (*).

poule, formée par la paroi antérieure de l'intestin, quand il y a rectocèle; si le doigt remonte en suivant la partie antérieure, il perçoit le col de l'or-

(*) Ce dessin a été pris par Boivin et Ducès sur une femme vivante de 60 ans qu'ils ont cru être atteinte de prolapsus complet de l'utérus et qui n'avait d'après M. Gallard rien autre chose qu'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col avec renversement du vagin et du fond de la vessie. — *a*, orifice utérin ou uréthro-vaginal de l'utérus; *b*, orifice supérieur du vagin devenu inférieur; *c*, face muqueuse du vagin; *d*, méat urinaire; *ee*, un stylet est passé de haut en bas dans le col de la vessie, et une ouverture idéale est pratiquée à la paroi du vagin correspondante à la vessie, pour faire voir le renversement de l'organe urinaire. — Le fond de l'utérus se trouvait à peu près à l'angle supérieur de l'ouverture idéale. — La femme urinait en comprimant la tumeur: l'urine remontait par le méat urinaire *d*; mais il resta toujours un peu de liquide dans la vessie; *f, f*, ulcérations déterminées par l'écoulement de l'urine sur cette portion renversée du vagin; *g*, le clitoris. (Boivin et Ducès, *Atlas*, pl. X, fig. 1.)