

ser les deux bouts du fil, on la laisserait en place et on serrerait la ligature au moyen de cette seule canule (1).

Alexis Favrot emploie un autre procédé : au lieu de tubes métalliques, il fait usage de deux sondes de gomme élastique, qu'il coupe juste au-dessus des yeux ; il fait passer un fil de soie double par ces deux sondes et procède ensuite à peu près de la même manière que dans le cas précédent (2).

[Prosper Hullin (3), de Mortagne, a présenté à l'Académie de médecine des instruments destinés à lier les polypes de l'utérus et composés de trois pièces différentes métalliques, isolées ; savoir : deux aiguilles servant de porte-nœud, et une troisième pièce formant le serre-nœud.

Les deux aiguilles sont d'acier aplati, longues de 25 centimètres, larges de 3 millimètres et demi. Leur épaisseur est inégale, l'une ayant 2 millimètres, et l'autre étant moitié moins épaisse.

Ces aiguilles présentent ainsi un aplatissement d'avant en arrière dans presque toute leur longueur ; mais cet aplatissement change de direction vers l'extrémité supérieure, il devient latéral dans l'étendue de 2 centimètres, afin de favoriser l'ouverture d'un trou transversal formant le chas des aiguilles.

En outre, l'aiguille la plus faible est percée d'un second trou sur son plat, vers ses trois quarts inférieurs ; et, pour cette raison, l'auteur l'appelle aiguille à double ouverture ; l'autre aiguille, destinée à porter le nœud autour du pédicule prend le nom d'aiguille conductrice.

Le serre-nœud est fait sur le modèle de celui de Desault. Il consiste en une tige métallique de 30 centimètres de longueur, plus ou moins, selon le volume du polype ; large de 11 millimètres à son extrémité inférieure, sur une épaisseur de 2 millimètres, l'instrument va en s'amincissant vers son extrémité supérieure, qui se termine brusquement par une petite tête ronde, légèrement aplatie de haut en bas, de 7 millimètres de diamètre, et percée d'un trou vertical de 4 millimètres de diamètre. L'extrémité inférieure de la tige, en s'élargissant, se termine par une ouverture formant un carré oblong de 1 centimètre et demi de hauteur sur 7 millimètres de largeur. Le milieu de ce carré est traversé horizontalement par une tige offrant un œil dans son centre et terminée, d'un côté, par une roue dentée avec encliquetage, et, de l'autre, par une lame aplatie servant de poignée.

Ces instruments offrent une simplicité extrême ; point de canule, point de pince brisée, comme dans l'appareil de Desault ; ils sont d'un emploi

(1) Oke, *Provincial med. and surg. Journ.*, 2 décembre 1816.

(2) Favrot, *Revue méd.-chir.*, janvier 1818.

(3) P. Hullin, *Procédés et instruments pour détruire les polypes de l'utérus* (Bull. de l'Acad. de méd., 1841-1842, t. VII, p. 954) ; Rapport de A. Bérard (Bull. de l'Acad. de méd., t. VIII, p. 616). — P. Hullin, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1862, p. 1.

beaucoup plus sûr que les porte-ligature de Sauter et qui se terminent par une simple fourchette à leur extrémité.

La possibilité de passer les aiguilles dans l'anneau du serre-nœud dispense de cette manœuvre difficile qui consiste à faire passer au-dessus du fil de la tige à pince brisée le fil que conduit la canule.

Quant à la modification que présente l'extrémité inférieure du serre-nœud, elle n'appartient pas à Hullin ; son mécanisme est plus compliqué que celui du serre-nœud de Desault, mais il nous semble plus efficace.]

Il est assez difficile de décider lequel de ces divers instruments vaut le mieux. Chacun est préconisé et a été employé avec succès par des hommes d'une grande expérience : il est probable que le succès dépend bien plus de l'opérateur que de l'instrument. Pour moi, d'après ma propre expérience, je serais porté à préférer la canule de Levret, dans les cas de polypes peu volumineux ; l'instrument de Gooch, au contraire, quand le polype est assez gros. Je suis de l'avis des auteurs qui disent qu'une ligature est plus difficile à appliquer autour d'une petite tumeur qu'autour d'un gros polype, et, entre autres arguments, je pense que cette différence en est un pour faire préférer l'excision des petits polypes. Dans beaucoup de cas, je me suis bien trouvé de faire usage de la pince de Museux ou du tire-bouchon que je décrirai plus loin. Par une traction douce et persistante, on peut amener les polypes en vue. Souvent même on les amène assez en dehors pour que la ligature devienne facile. Une fois l'opération faite, on enlève la pince et on laisse la tumeur remonter dans le bassin. Pendant longtemps, j'ai trouvé plus avantageux d'inciser la tumeur au-dessous de la ligature, et quand les fils étaient appliqués bien serrés depuis vingt-quatre heures. Il faut avoir grand soin de ne pas comprendre dans la ligature aucune portion de l'utérus, car cela produit souvent des douleurs très-vives. Nous avons déjà fait remarquer que, dans beaucoup de cas, les fibres utérines se prolongeaient jusqu'à une certaine distance dans le pédicule, ce qui explique les douleurs très-vives que la malade éprouve, alors même que l'orifice utérin est intact, et la nécessité où l'on est de relâcher la ligature, quitte à la resserrer ensuite graduellement.

Une fois l'instrument choisi et les fils introduits dans les tubes, la malade doit être placée sur le dos ou sur le côté, et la ligature sera appliquée de la manière indiquée, suivant le genre de l'instrument qu'on aura choisi. On ne peut faire usage d'un spéculum ordinaire, à moins d'avoir affaire à de petits polypes glandulaires ; mais pour les polypes plus volumineux, quand ils ne remplissent pas tout le vagin, j'ai trouvé que les écarteurs du docteur Sims étaient très-utiles ; ils mettent à même de voir la tumeur au lieu d'en être réduit au simple toucher. Une fois l'opération faite, il faut mettre la malade en garde contre les mouvements subits qui, en repoussant la canule fortement en arrière, pourraient être cause d'un dommage irréparable. Le mieux est de laisser cette canule en avant

du polype, et, s'il le faut, de l'attacher à la cuisse avec un ruban. On serrera ensuite plus ou moins souvent la ligature (1), suivant le degré d'irritation des parties. S'il n'y en a pas du tout, on devra augmenter chaque jour le degré de constriction, attendu que plus tôt le polype sera enlevé, mieux cela vaudra. Mais s'il y a de la douleur locale ou des troubles généraux, on doit être très-prudent; il y a même des cas où il faut relâcher la ligature. A tout événement, ce sera souvent assez de serrer le nœud tous les deux ou trois jours. Après vingt-quatre heures, on devra faire dans le vagin une injection d'eau tiède ou d'infusion de camomille, chaque fois que l'on voudra serrer la ligature; cette précaution fait disparaître les écoulements irritants et met la malade plus à son aise. Après un intervalle qui varie de six jours à trois semaines, la canule se trouve libre dans le vagin, et le pédicule du polype est sectionné si la tumeur est peu volumineuse; un doigt suffit pour la tirer hors du vagin. Si elle est plus volumineuse, on peut éprouver quelque peine, surtout chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et on est quelquefois obligé de faire usage d'un crochet ou d'une paire de pinces.

Il y a aussi des cas dans lesquels le polype résiste à toute espèce de ligature. Un fait de ce genre s'est présenté, il y a quelques années, à l'hôpital de Meath: après un assez long temps d'application, la ligature ne faisant aucun progrès, M. Porter fut obligé d'avoir recours au bistouri. J'ai déjà rencontré plusieurs faits de ce genre, et j'ai reconnu que le mieux était de ne pas attendre trop longtemps. Pendant que la ligature est en place, la malade doit garder le repos au lit; la liberté du ventre doit être entretenue au moyen de lavements, et s'il y a une douleur vive ou de l'insomnie, on administre de l'opium. Les jours qui suivent la chute du polype, on fait usage d'injections d'eau tiède, d'eau aluminée ou d'infusion de camomille. Le plus ordinairement, une fois la ligature en place, il ne s'écoule pas une seule goutte de sang, et, avec des soins, la malade se relève très-vite de l'état anémique dans lequel elle était tombée et échappe à toutes les complications qui étaient survenues.

Il y a cependant des exceptions malheureuses, et l'on a vu des femmes succomber à la fièvre inflammatoire avant même la chute du polype, ou mourir de phlébite utérine après l'opération (2). Un fait de ce genre s'est passé à l'hôpital Saint-George, dans le service de M. Babington (3), et un deuxième tout à fait analogue a été observé par Blandin. Dupuytren a rencontré huit ou dix cas qui furent suivis d'infection purulente. Sur les dix

(1) [Nous croyons qu'il vaut mieux dans la même séance arriver lentement et graduellement au degré extrême de la constriction, et même à la séparation complète du polype. Il est évident que, pour atteindre ce but, il faudra employer des liens solides, et il faudra y mettre le temps. On évitera plus sûrement, de cette façon, un certain nombre des accidents que signale l'auteur.]

(2) *British and foreign Review*, juillet 1837, p. 183.

(3) Babington, *Cyclop. of pract. med.*, art. *Pathology of the uterus*, vol. IV.

femmes opérées par M'Clintock, trois moururent, et il rapporte que sur les cinquante-neuf cas de Robert Lee, il y en eut dix-neuf suivis de mort, tandis que dans les trente-cinq cas où le polype fut enlevé par torsion ou excision, il n'y a pas eu un seul cas de mort (4). J'ai vu moi-même deux cas de mort à la suite de la ligature, et une autre fois il y eut des accidents de *phlegmatia alba dolens*. M'Clintock tire les conclusions suivantes:

1° La mort peut survenir avant que la ligature ait sectionné le pédicule, et cela même dans des cas où les fils n'avaient pas été exagérément serrés et où aucune portion de l'utérus n'avait été comprise dans la ligature; 2° dans quelques cas la terminaison fatale a tenu à une inflammation du péritoine; 3° dans d'autres cas, une phlébite utérine se terminant par la mort a succédé à l'application de la ligature; 4° dans un grand nombre de cas, la mort a dû être attribuée à une sorte de fièvre putride lente; 5° les abcès pelviens, avec les dangers qu'ils entraînent, peuvent aussi se produire à la suite de la ligature des polypes utérins; 6° la *phlegmatia alba dolens* peut se produire dans une ou dans les deux jambes; 7° la malade pourrait aussi être emportée par le tétanos (2).

Langenbeck dit qu'il a vu l'hémorrhagie cesser immédiatement après l'ablation du polype, mais que dans les dix dernières années, il a vu dix cas de pyoémie, et il conseille de n'appliquer de ligature que par mesure de précaution. Une fois le nœud fait, on doit exciser le polype (3).

III. *Ablation par excision.* — En face des inconvénients très-grands qui viennent de la présence d'un corps semi-putréfié dans le vagin, et d'autre part des difficultés que l'on rencontre parfois à sectionner les pédicules des polypes par la ligature, beaucoup de praticiens éminents ont conseillé de préférence l'excision avec les ciseaux, le bistouri ou l'écraseur. On a d'ailleurs reconnu que, dans le plus grand nombre des polypes, il n'y avait pas de vaisseaux volumineux. Parmi les auteurs qui se sont rangés à cet avis, nous citerons Osiander (4), Hervez de Chégoïn (5), E. A. von Siebold (6), C. G. Mayer (7), Dupuytren, Dieffenbach, Max. Langenbeck (8), Arnott, Simpson, Brown (9), etc. Siebold et Mayer (de Berlin) conseillent seulement la ligature dans les deux cas suivants:

1° Quand dans le pédicule ou polype on sent battre une artère;

2° Quand le pédicule de la tumeur est très-épais et contient probablement de larges vaisseaux.

(1) *Med. chir. Trans.*, vol. XLIV, p. 73.

(2) M'Clintock, *Clinical Memoirs on diseases of women*, p. 185.

(3) Langenbeck, *Deutsche Klinik*, 6 avril 1850.

(4) Jo. Fried. Osiander, *Ueber die Extirpation welcher polypöser Excrescenzen aus der Höhle der Gebärmutter* (*Hamburger Zeitschr. für gesc. Medizin*, 1838, t. VIII).

(5) Hervez de Chégoïn, *Recherches sur la disposition anatomique des polypes de la matrice* (*Journ. gén. de méd.*, octobre 1827, t. CI, p. 3).

(6) A. E. von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. I, p. 710.

(7) C. G. Mayer, *De polypis uteri*. Berlin, 1821.

(8) Max. Langenbeck, *De totius uteri extirpatione*, diss. inaug. Göttingæ, 1842.

(9) Brown, *Dublin Journal*, janvier 1837, p. 360.

En toute autre circonstance, ils préfèrent l'excision à cause des difficultés que l'on éprouve à appliquer une ligature, et aussi parce qu'une fois l'opération faite, les symptômes sont plus graves après la ligature qu'après l'excision. Ils opèrent avec des ciseaux en pinces à pointes arrondies, recourbés sur leurs lames et leurs manches en forme d'S romain, et ayant une longueur de 9 à 10 pouces et demi (fig. 108). La section



Fig. 108. — Pince à polypes de Siebold.

du col ne doit pas être faite en une seule fois, mais par une incision faite à petits coups. Mayer rapporte six cas de polypes utérins qui furent ainsi enlevés avec succès par Siebold et lui ; il cite, comme devant nécessiter l'excision plutôt que la ligature, les circonstances suivantes :

« 1° Quand le polype est sorti de l'utérus, ou quand il peut être amené au dehors avec des pinces, ou bien encore quand il est fixé sur l'orifice ou sur le col ; il faut encore que le pédicule soit mince et sans apparence de vascularité ;

« 2° Quand la ligature est appliquée depuis un certain temps et que le polype est suffisamment à la portée, on peut l'exciser au-dessous de la ligature ;

« 3° Quand le pédicule du polype ne s'isole pas, une fois l'application de la ligature faite ;

« 4° Quand le polype a amené une inversion de l'utérus. »

Dupuytren, dans le cours de sa pratique, a enlevé deux cents polypes et n'a vu que deux hémorrhagies. Velpeau (1) dit n'avoir jamais rencontré d'hémorrhagies. [A. Bérard (2) a cité un exemple dans lequel les incisions du col étaient cicatrisées le douzième jour.] Arnott et Brodie (3) ont été également heureux. Plusieurs des plus éminents chirurgiens de Dublin ont pratiqué l'excision ; moi-même, je l'ai faite dans beaucoup de cas et toujours avec un succès complet. Cependant l'hémorrhagie peut prendre des proportions alarmantes. Monfalcon en a cité plusieurs cas (4) en pareille circonstance.

L'hémorrhagie est la seule objection que je sache à faire à l'excision. Ainsi que nous l'avons dit, elle est fort peu à craindre avec les polypes

(1) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. IV.

(2) A. Bérard, *Bulletins de l'Académie de médecine*. Paris, 1841-1842, t. VII, p. 44.

(3) Arnott et Brodie, *British and foreign Review*, juillet 1837, p. 183.

(4) Monfalcon, *Dictionnaire des sciences médicales*, art. POLYPE. Paris, 1820, t. XLIV, p. 245.

volumineux, les pédicules ne renfermant que très-rarement des vaisseaux d'un certain calibre. Sans aucun doute, si l'on perçoit des pulsations, il sera plus sage d'avoir recours à la ligature, ou tout au moins de combiner les deux procédés, c'est-à-dire de lier le pédicule, et, après douze ou vingt-quatre heures, d'exciser le polype au-dessous de la ligature, qu'on laissera par précaution pendant plusieurs jours. Il y a d'autres circonstances dans lesquelles l'excision serait impossible ou très-hasardée ; ainsi, par exemple, quand le polype vient seulement de passer à travers l'orifice utérin, si l'on a quelques doutes, il faut employer la ligature.

Le procédé opératoire est très-simple. La malade est placée sur le dos ou sur le côté, on saisit le polype avec les doigts, avec un crochet ou avec de petites pinces, et on l'attire au dehors. Quelquefois, bien que rarement, la tumeur descend d'elle-même. Quand elle est hors de la vulve, l'opérateur la saisit et en coupe d'un seul coup la racine tout près des grandes lèvres, soit avec un bistouri, soit avec des ciseaux ; je préfère le bistouri quand le polype est ainsi externe.

Simpson a inventé un instrument spécial qu'il appelle *polypotome*

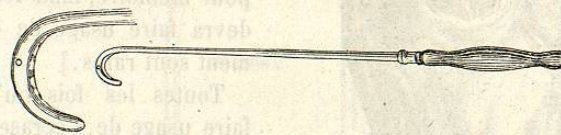


Fig. 109. — Polypotome de Simpson.

(fig. 109). On peut facilement le glisser autour du col de la tumeur, et l'on ne court aucun risque de blesser les parties voisines (1).

Il suffit de tirer légèrement la tumeur, soit avec le doigt, soit avec une pince de Museux. Une fois le crochet passé autour du pédicule, en faisant mouvoir un bouton placé dans le manche de l'instrument, on fait saillir une lame tranchante qui se trouve renfermée dans la courbure du crochet, et on opère peu à peu la section.

[Le polypotome de Simpson, suivant l'auteur, est surtout applicable dans les cas de polypes très-volumineux. On peut toujours, avec le doigt, porter un instrument fixe jusque sur le pédicule d'une tumeur, et l'on ne peut pas toujours porter une ligature. Dans un cas, entre autres, le polype représenté dans la figure 110, diminué des deux tiers, remplissait tellement le vagin qu'il semblait moulé sur ce canal. Le polype, qui était très-allongé, n'avait certainement pris cette forme que depuis qu'il était tombé dans le vagin. On put facilement saisir et couper le pédicule avec le polypotome, et il aurait été certainement très-difficile de passer une ligature.]

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, janv. 1850. — *Obstetric works*, vol. I, p. 150.