

les reins ; de temps en temps, pourtant, elle accusait une douleur vive au-dessus du pli de l'aîne du côté droit. Cependant les forces revenaient et les pertes sanguines habituelles étaient moins considérables ; mais le retour des règles était marqué par une hémorrhagie qui durait de quinze à dix-huit jours, avec une grande abondance. Malgré son état de faiblesse, la malade avait pu faire un voyage énorme, de Naples à Saint-Pétersbourg, où elle était restée plusieurs mois, et elle était revenue à Paris depuis quelques jours.

La pâleur cadavéreuse de cette jeune femme, son aspect de maigreur et de souffrance, ses yeux éteints et sans expression, sa faiblesse qui ne lui permettait qu'avec la plus grande difficulté de se tenir debout et de monter les escaliers, les palpitations et l'essoufflement qu'elle ressentait, les bruits de souffle et de diable qu'on entendait sur les parties latérales du cou, et surtout l'existence chez elle d'hémorrhagies fréquentes, habituelles, ayant débuté dans l'accouchement, au moment de la délivrance, toutes ces circonstances étaient bien de nature à faire penser à un renversement de l'utérus, et je fus bientôt confirmé dans cette idée par l'examen avec le doigt. Je trouvai embrassée par les lèvres du col, qui était entr'ouvert, une tumeur du volume d'une pomme ordinaire, arrondie, molle dans tous les points et cependant élastique, comme tomenteuse à sa surface, légèrement sensible à la pression. Portant mon doigt entre l'orifice et la tumeur, je pus contourner celle-ci dans toute sa circonférence et reconnaître qu'elle se continuait avec le reste du col par un sillon circulaire que le doigt ne pouvait franchir ou repousser. Le spéculum me montra entre les lèvres du col, qui étaient très-pâles, la tumeur ayant le volume que je viens d'indiquer, arrondie, d'une couleur rose vif, saignant facilement, revêtue pourtant d'un épithélium assez épais. La sonde utérine, glissée entre la tumeur et le pourtour de l'orifice, était arrêtée à 2 ou 3 centimètres par une résistance que l'on retrouvait tout autour de la base de la tumeur engagée dans cet orifice. Par le rectum je sentais la tumeur formée par l'utérus renversé ; mais le col était porté tellement haut, que je ne pouvais remonter jusqu'au-dessus du point d'invagination, ni sentir la sonde que j'avais introduite préalablement dans la vessie. En revanche, la palpation abdominale ne percevait pas cette résistance que l'on trouve habituellement chez les femmes derrière le pubis. Bien plus, en combinant le toucher vaginal et la palpation hypogastrique, en maintenant l'utérus immobile pendant que je déprimais les parois abdominales, j'arrivai sur une espèce d'entonnoir formé par l'utérus invaginé et par les annexes entraînées dans la partie invaginée.

C'était pour moi un cas nouveau et embarrassant. En attendant que je pusse prendre une décision relativement à la conduite à tenir définitivement, il y avait avant tout une indication très-importante à remplir, c'était d'arrêter les hémorrhagies et de réparer les forces. Le repos au lit, des irrigations froides pendant plusieurs heures, matin et soir, le badigeonnage de la tumeur vaginale avec la teinture d'iode tous les deux ou trois jours, avaient fait rapidement justice de ces accidents, et il y avait déjà une grande amélioration dans l'état général, lorsque je procédai pour la première fois, le 27 septembre, à une tentative de réduction. La malade ayant été préalablement endormie avec le chloroforme, je portai successivement un doigt, plusieurs, et la main droite tout entière dans le vagin, pendant que, de la main gauche, je soutenais l'u-

térus pour l'empêcher de fuir devant moi. J'essayai d'abord de faire rentrer le fond de l'organe, en le repoussant avec le pouce pendant que je soutenais le reste de la tumeur avec les autres doigts : insuccès complet. J'essayai alors de pétrir la tumeur au pourtour de l'orifice, pour l'engager dans l'intérieur de celui-ci : je ne réussis pas mieux ; toutes ces tentatives semblaient, au contraire, avoir pour résultat de faire serrer la tumeur plus fortement par la cavité du col. M. le docteur Gauchet qui m'assistait, une sage-femme qui était présente, s'épuisèrent comme moi en vains efforts, pour réduire la tumeur, qui diminua beaucoup de volume sous ces pressions répétées, mais pour acquérir une rigidité comme ligneuse, ainsi que le pourtour de l'orifice, et une immobilité complète dans la cavité du col. Malgré la durée assez longue que nous avons donnée à cette première tentative (une heure et quart), malgré les doutes très-vives qu'elle avait occasionnées et que les inhalations chloroformiques n'avaient pas entièrement dominées, il ne survint aucun accident, et il en fut de même de deux autres tentatives un peu plus courtes et tout aussi infructueuses, que je fis dans le courant du mois d'octobre.

Les circonstances devenaient trop graves pour assumer sur moi seul la responsabilité d'une intervention chirurgicale ; M. le professeur Nélaton et M. Richet voulurent bien se joindre à moi, le 14 novembre, pour examiner à nouveau la malade, et leur avis unanime fut qu'en présence de la constriction exercée par le col de l'utérus sur la partie de cet organe qui était renversée, il y avait peu à espérer de nouvelles tentatives de réduction, et que l'on devait penser à débarrasser de sa cruelle infirmité la malade que cette infirmité condamnait au repos et à une vie misérable. Quant à l'opération chirurgicale, l'opinion de ces deux savants confrères hésitait entre la ligature ordinaire et l'emploi de l'écraseur linéaire. Avant d'en venir à cette terrible extrémité, qui me paraissait renfermer en elle des chances nombreuses de mort, je proposai à mes deux confrères et je fis agréer par eux l'idée qui s'était présentée à mon esprit, de transformer par des cautérisations successives avec le fer rouge, toute la surface muqueuse fournissant des hémorrhagies, en un tissu de cicatrice qui ne se laisserait plus pénétrer par le sang. En conséquence, les 17, 26 et 29 octobre, les 8 et 24 décembre, je procédai à cette cautérisation avec un de mes internes et amis, M. Tamarelle Mauriac ; chaque fois, deux ou trois cautères coniques ou cylindriques étaient promenés et éteints sur la tumeur préalablement mise à nu à l'aide d'un très-large spéculum quadrivalve.

Les résultats de cette cautérisation furent des plus remarquables, les hémorrhagies paraissaient suspendues, la santé générale et les forces revenaient, la muqueuse utérine semblait prendre un aspect plus lisse et plus épidermique ; mais, dès que je laissais un intervalle d'une quinzaine de jours entre les cautérisations, les hémorrhagies reparaissaient, surtout à l'époque des règles. Au mois de décembre, entre les deux dernières cautérisations, j'avais essayé le procédé de M. Tyler Smith ; malheureusement, le pessaire à air glissait sur la tumeur et ne la comprimait pas directement ; d'un autre côté, la seule présence de ce pessaire dans le vagin développait des douleurs dans le ventre et un état fébrile avec frisson, de sorte qu'après deux tentatives aussi peu fructueuses l'une que l'autre, je dus y renoncer complètement.

Que faire cependant ? La malade, désireuse de guérir pour retourner auprès de son mari, et préférant, disait-elle, la mort à une position aussi misérable,



qui la rendait à charge à tous, me pressait d'en finir; et cependant je n'osais m'y décider. Je ne voulais rien faire avant d'avoir procédé à une nouvelle tentative de réduction. Le 2 janvier, la malade fut endormie avec le chloroforme, et, procédant comme dans la première tentative, j'introduisis la main tout entière dans le vagin et, par tous les procédés connus, je cherchai à réduire. Ce fut une tentative désespérée de ma part, désespérée aussi de la part de la malade, qui me pressait de continuer, lorsqu'elle sortait du sommeil chloroformique. Jamais je ne pus sentir même l'ombre d'un commencement de réduction; la tumeur se tassait, revenait lentement sur elle-même et acquérait une densité extrême, mais elle restait enchâssée comme un coin dans l'orifice du col.

Il ne me restait plus qu'une dernière ressource, l'opération, et ce ne fut qu'après avoir pris l'avis de beaucoup de chirurgiens, qui ne pouvaient malheureusement me rien dire expérimentalement, puisqu'ils n'avaient jamais été aux prises avec ces difficultés, que je me décidai pour la ligature avec l'écraseur linéaire, me proposant de ne faire marcher la ligature et l'écrasement qu'avec une grande lenteur, prêt à m'arrêter s'il survenait un accident quelconque, et me croyant, par l'emploi de l'écraseur, à l'abri de l'accident qui m'inquiétait le plus en présence de la section de la tumeur, savoir, l'hémorragie. Cette section de la tumeur me paraissait d'ailleurs mettre la malade à l'abri des accidents résultant de l'infection putride. Tout étant combiné et prévu, toutes les précautions prises pour arrêter une hémorragie, s'il s'en présentait, je procédai le 18 février à l'opération, en présence et avec l'aide de nombreux confrères français et étrangers, parmi lesquels je citerai M. Debout, et de mon interne M. Siredey : M. Mathieu avait bien voulu se mettre à ma disposition pour le maniement de l'instrument.

Rien ne fut plus facile et plus simple que cette opération dans ses débuts : la tumeur utérine mise à nu avec un spéculum bivalve, je la saisis avec des pinces de Museux, et je l'entraînai lentement et sans aucune difficulté jusqu'à l'orifice vulvaire, que je lui fis franchir. La chaîne de l'écraseur courbe fut glissée jusqu'à la base de la tumeur et serrée légèrement pour empêcher la tumeur de fuir, puis nous laissâmes rentrer doucement tumeur et instrument dans le vagin. La tumeur ainsi préculisée mesurait 4 centimètres en tous sens. Les premiers degrés de la constriction furent marqués par des douleurs très-vives dans le bas-ventre et dans les reins. Les douleurs diminuèrent dans les seize derniers millimètres de la circonférence de la chaîne, et devinrent presque nulles vers les six derniers, sauf de temps en temps au niveau du point serré par la chaîne. L'opération avait été conduite avec la plus grande prudence : on avait serré d'un cran toutes les cinq minutes seulement, jusqu'aux seize derniers millimètres, et, à partir de ce moment, d'un cran toutes les quatre minutes. Il ne restait plus à faire franchir que quatre ou cinq crans à la chaîne pour terminer l'opération, lorsque la malade accuse dans le bas-ventre une horrible douleur qui va augmentant de plus en plus à chaque nouvelle constriction. Nous pressons la fin de l'opération et à midi, c'est-à-dire après sept quarts d'heure, l'écraseur tombe en entraînant avec lui une tumeur arrondie, un peu aplatie d'avant en arrière, du volume d'un gros œuf, coupée très-net, quoique les bords présentent de nombreuses mâchures, et une section oblique de dehors en dedans, c'est-à-dire dirigée de la muqueuse, qui est épaissie mais

encore très-tomenteuse, à la cavité interne formée par l'utérus invaginé. Cette cavité est presque virtuelle, car les parois se touchent presque partout, inférieurement surtout; et de l'angle latéral un peu émoussé de cette cavité, on voit s'élever une sorte de mamelon d'où se détachent les annexes coupées au-dessous de l'ovaire et du pavillon, qui sont restés dans la cavité abdominale : péritoine un peu épaissi, opalin, mais un seul filament pseudo-membraneux semblable à un fil et aussi fragile traverse la cavité; pas d'adhérences étendues d'aucune espèce, pas d'organes importants renfermés dans cette cavité. La tumeur mesurait 4 centimètres et demi au moins dans son diamètre vertical, et 4 centimètres dans son diamètre transversal; l'orifice de section mesurait 15 millimètres transversalement, 1 centimètre seulement d'avant en arrière; le poids de la portion retranchée était de 40 grammes.

Ma première idée, en face de ces graves accidents qui étaient venus terrifier toutes les personnes présentes, c'était qu'une hémorragie s'était faite à l'intérieur du ventre. La fréquence et la faiblesse extrême du pouls, la pâleur de la peau, l'altération des traits semblaient favorables à cette opinion. D'un autre côté, cependant, il n'y avait pas eu ombre d'hémorragie par le vagin, et les phénomènes de péritonite prirent en quelques heures tellement le dessus, que je renonçai à ma première idée, pour croire que nous avions affaire seulement à une péritonite suraiguë. En conséquence le traitement dirigé d'abord vers la perte de sang, emploi du froid sous toutes les formes, fut remplacé par des applications de sangsues sur le ventre et l'opium à haute dose. Nous eûmes, à la suite de ce traitement des plus énergiques, des lueurs d'espoir et de confiance dans le succès; mais les accidents de péritonite reprirent le dessus, de l'agitation et le refroidissement survinrent, le pouls devint misérable, et la malade succombait le 20 février, à onze heures du soir, cinquante-neuf heures après l'opération.

*Examen nécroscopique, quarante heures après la mort.* — Le cadavre est d'une pâleur remarquable, excepté en arrière, où se voient quelques vergetures violacées livides. Le ventre est fortement météorisé, et, au moment où l'instrument pénètre dans sa cavité, des gaz s'échappent avec bruit. La masse intestinale est distendue. Le grand épiploon la recouvre en avant et descend jusqu'au détroit supérieur du bassin; son bord inférieur et ses parties latérales plongent dans un épanchement de sang noirâtre coagulé. En soulevant la masse intestinale, on reconnaît d'une part que l'épanchement sanguin remonte à gauche à l'extrémité inférieure de la rate, et à droite jusqu'à la face inférieure du foie; d'autre part, que l'excavation pelvienne contient environ un demi-verre d'une sorte de boue sanguinolente d'une coloration rouge jaunâtre. Le péritoine pariétal, qui se trouve en rapport avec les fosses iliaques et avec la région des flancs, a pris une couleur rougeâtre, due au dépôt de petites plaques fibrineuses rougeâtres, mais sans vascularisation. Il n'existe pas, à proprement parler, de fausses membranes dans la cavité abdominale proprement dite; quelques fausses membranes seulement dans le fond du petit bassin, mais très-molles et colorées par du sang.

Au fond de l'excavation pelvienne, on aperçoit une ouverture transversale qui peut avoir 2 centimètres d'un côté à l'autre, et de 2 à 4 millimètres seulement d'avant en arrière; cette ouverture est circonscrite par des bords un peu saillants, et cette partie, qui se dresse ainsi au fond du bassin, mesure



4 centimètres transversalement, sur 13 et 14 millimètres d'avant en arrière. C'est la partie de l'utérus qui a été divisée par l'instrument et qui a remonté dans la cavité abdominale. Cette cavité communique librement par cette ouverture avec le vagin, et le doigt introduit par l'abdomen pénètre aisément après avoir franchi une petite résistance formée par l'orifice du col, jusque dans le vagin, qui renferme un putrilage sanieux, analogue à celui qui se trouve dans le bassin. La surface de la section montre encore les petits orifices vasculaires qui ont fourni l'hémorrhagie; cette surface n'est ni régulière ni égale dans tous les points; elle est généralement oblique de haut en bas et de dehors en dedans, formée de deux plans convergeant vers l'orifice; elle mesure sur la ligne médiane, 5 millimètres en avant et 8 millimètres en arrière; ses diamètres sont bien plus étendus que ceux de l'ouverture proprement dite, surtout dans le sens transversal, ce qui tient à la rétraction inégale des tissus; la section du péritoine se prolonge de chaque côté, dans une étendue de 2 centimètres environ, un peu moins du côté droit que du côté gauche. Les annexes se sont encore plus éloignées de la surface de la section, l'extrémité coupée de la trompe droite est à 32 millimètres du bord de la coupe utérine; la trompe gauche est un peu moins éloignée.

Du côté gauche, les annexes sont parfaitement saines. Du côté droit, au contraire, des adhérences nombreuses et filamenteuses, qui ont au moins 3 centimètres de long, soudent ces annexes aux parois du bassin. La trompe droite est hypertrophiée, dilatée, vivement injectée. L'ovaire droit est considérablement augmenté de volume, plus que doublé, vivement injecté, comme boursoufflé, et offre à la coupe un tissu charnu d'où l'on peut extraire, par la pression, une matière crétacée, renfermée dans de petites loges. Les ligaments sus-pubiens présentent un épaissement considérable et à peu près semblable des deux côtés.

Vu du côté du vagin, le col paraît formé de deux lèvres circonscrivant une large fente transversale qui décrit une courbe à concavité supérieure; cette fente mesure un peu plus de 4 centimètres transversalement; mais son écartement antéro-postérieur est à peine de 2 millimètres. Le col tout entier ne mesure que 5 centimètres transversalement; et l'épaisseur de la lèvre antérieure est moitié moindre que celle de la postérieure (3 millimètres pour la première, 1 centimètre pour la seconde). La cavité du col, largement dilatée, est remarquable par son caractère épithélial et par le développement exagéré des colonnes charnues de l'arbre de vie. La portion restante de l'utérus mesure à l'intérieur, depuis l'orifice jusqu'à la section, 32 millimètres; la section a porté surtout sur la partie antérieure].

## SECTION III

## MALADIES DES TROMPES DE FALLOPE

Les trompes de Fallope sont sujettes aux mêmes altérations morbides que l'utérus et les ovaires (1). En raison de leur voisinage avec ceux-ci et de la continuité de leur tissu avec celui de l'utérus (fig. 193), elles parti-

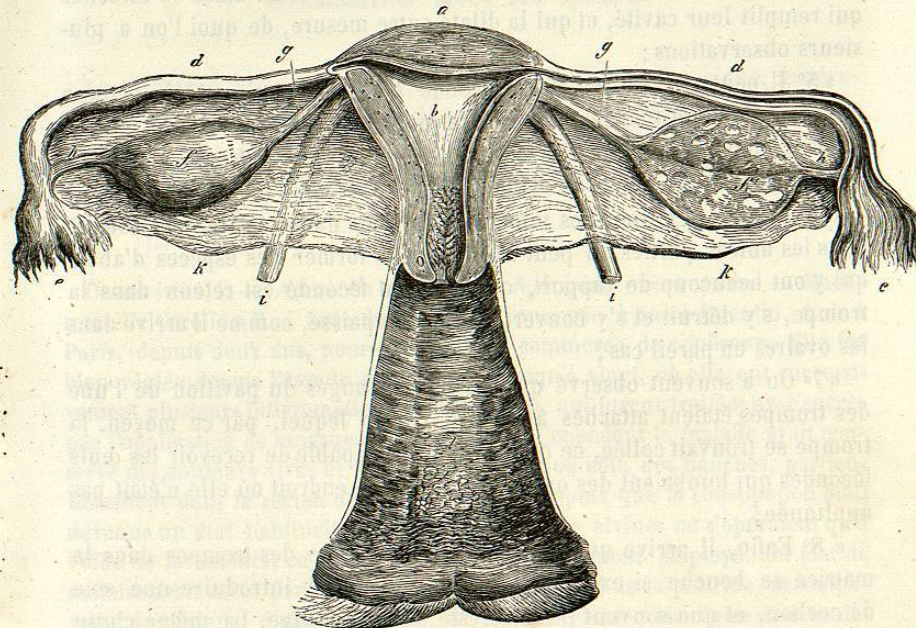


Fig. 193. — Utérus ouvert en avant avec ses annexes (\*).

cipent plus ou moins des maladies qui atteignent ces organes, surtout dans les formes aiguës.

(1) Davis, *Obstetric medicine*, vol. II, p. 769. — Dewees, *Diseases of females*, p. 257. — Manning, *On diseases of women*, p. 286.

(\*) La trompe gauche est ouverte; l'ovaire du même côté est divisé pour montrer les ovules; le vagin est aussi divisé en avant. — a, fond de l'utérus; b, cavité du corps de l'utérus; c, cavité du col; o, col; l, vagin. — La matrice est maintenue dans sa position: 1° par les ligaments larges (k,k), expansions membraneuses résultant de l'adossement de deux feuillets du péritoine, et s'étendant des bords de cet organe aux côtés du petit bassin; dans la division du ligament large, dite aileron moyen, se trouvent comprises les trompes (d,d), ayant une extrémité libre et frangée qui est le pavillon (e,e), et creusée d'un conduit qui arrive à l'angle de la cavité utérine. Un petit filament (h,h) s'étend du pavillon à l'extrémité externe de l'ovaire. Celui-ci est embrassé dans le repli du ligament large appelé aileron postérieur (f le représente avec sa forme, et f' le montre fendu pour faire voir les vésicules de de Graaf). De son extrémité interne part le ligament de l'ovaire (g,g), fibreux et musculaire, qui s'attache à l'angle correspondant de l'utérus, au-dessous et un peu en arrière de la trompe. Dans l'aileron antérieur du ligament large se voient les cordons suspubiens ou ligaments ronds (i,i); 2° par les ligaments antérieurs; 3° par les ligaments postérieurs. (Ch. Robin, *Dictionnaire de Médecine*, 12<sup>e</sup> édition.)